**1 января – 31 декабря 2024 г.**

# Документ об объеме страховой ответственности страховщика:

## Покрываемые программой Medicare медицинские услуги и страховое покрытие рецептурных препаратов, доступные вам как участнику плана страхования Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

В настоящем документе подробно описывается ваше страховое покрытие медицинских услуг и расходов на рецептурные препараты по программе Medicare в период с 1 января по 31 декабря 2024 г. **Это важный юридический документ. Храните его в надежном месте.**

**С вопросами по поводу настоящего документа обращайтесь в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007. (При использовании TTY набирайте 711.) С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный.**

Настоящий план, Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), предоставляется компанией Health Net Community Solutions, Inc. (Слова «мы», «нас» или «наш» в тексте данного *Документа об объеме страховой ответственности страховщика* означают компанию Health Net Community Solutions, Inc., а слова «план» или «наш план» означают план Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).)

Настоящий документ может быть бесплатно предоставлен на следующих языках: испанском, китайском, вьетнамском, тагальском и русском. Мы обязаны предоставлять информацию в понятной для вас форме (в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в другом альтернативном формате и т. д.). Если вам нужна информация о плане в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

Список покрываемых планом услуг и/или условия доплат/дополнительных взносов могут измениться 1 января 2025 г.

В любое время могут быть внесены изменения в справочник лекарств, сеть аптек и/или сеть поставщиков услуг. Вы будете извещены о таких изменениях по мере необходимости. Мы будем уведомлять лиц, которых затронут изменения, не менее чем за 30 дней.

В этом документе разъясняется доступное вам страховое покрытие и ваши права. Этот документ содержит информацию на следующие темы:

- Ваш страховой взнос и участие в расходах
- Доступные вам медицинские услуги и рецептурные лекарственные препараты

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)
CA4CNCEOC35809R_0001
H3561_001_2024_CA_EOC_DSNP_126982R_C
H3561001000

- Порядок подачи жалобы, если вы не удовлетворены предоставленной услугой или лечением
- Способы связи с нами, если вам нужна дополнительная помощь
- Прочие средства правовой защиты, предусмотренные правилами Medicare

На основании оценки модели медицинского обслуживания план Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) был одобрен Национальным комитетом по обеспечению качества (NCQA) как план Special Needs Plan (SNP) на протяжении 2024 года.

## Уведомление о недопущении дискриминации

Дискриминация запрещена законом. Компания Wellcare By Health Net соблюдает требования законодательства штата и федерального законодательства о гражданских правах. Компания Wellcare By Health Net не допускает незаконной дискриминации людей, не отказывает им в обслуживании и предоставляет одинаковый уровень обслуживания всем людям независимо от пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

Компания Wellcare By Health Net предоставляет:

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями с целью облегчения коммуникации, в том числе:
  - Услуги квалифицированных переводчиков жестового языка
  - Печатные материалы в других форматах (крупный шрифт, аудио, электронные форматы с поддержкой специальных возможностей, прочие форматы)
- Бесплатные услуги перевода людям, для которых английский язык не является родным, в том числе:
  - Услуги квалифицированных устных переводчиков
  - Письменные переводы материалов и документов на другие языки

Если вам нужны эти услуги, обращайтесь в компанию Wellcare By Health Net по номеру **1-800-431-9007**. С 1 октября по 31 марта вы можете звонить нам в любой день недели с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября вы можете звонить нам с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. В нерабочее время, в выходные дни и государственные праздники работает автоответчик. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY 711**. По запросу этот документ можно получить напечатанным шрифтом Брайля, крупным шрифтом, на аудиокассете или в электронном формате. Чтобы получить копию документа в одном из этих альтернативных форматов, позвоните или напишите по адресу:

**Wellcare By Health Net**
**21281 Burbank Blvd.**
**Woodland Hills, CA 91367**
**1-800-431-9007 (TTY: 711)**

## Порядок подачи претензии

Если вы считаете, что компания Wellcare By Health Net не предоставила указанные услуги или с ее стороны имела место иная незаконная дискриминация по признаку пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации, вы можете подать претензию в отдел обслуживания участников плана. Претензию можно подать по телефону, письменно, лично или в электронном виде:

- **По телефону:** свяжитесь с координатором Wellcare By Health Net по вопросам прав граждан по номеру **1-866-458-2208**. С 8 a.m. до 5 p.m. с понедельника по пятницу. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером TTY 711.
- В письменной форме: заполните форму для подачи жалобы или напишите письмо и отправьте его по адресу:
  Wellcare Civil Rights Coordinator
  P.O. Box 9103
  Van Nuys, CA 91409-9103
- **Лично:** обратитесь в приемную своего врача или в компанию Wellcare By Health Net и сообщите, что вы хотите подать претензию.
- **В электронном виде:** посетите веб-сайт компании Wellcare By Health Net по адресу **www.wellcare.com/healthnetCA.**

### Управление по гражданским правам — Департамент здравоохранения штата California

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения штата California по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- **По телефону:** позвоните по номеру **1-916-440-7370**. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY 711 (служба коммутируемых сообщений)**.
- **В письменной форме:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
  Формы для подачи жалоб можно найти на веб-сайте
  **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**
- **В электронном виде:** отправьте электронное письмо по адресу **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

### Управление по гражданским правам — Департамент здравоохранения и социальных служб США

Если вы считаете, что подверглись дискриминации по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, возраста, пола или ограниченных возможностей, вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб США по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- **По телефону:** позвоните по номеру **1-800-368-1019**. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером
  **TTY/TDD 1-800-537-7697**.

- В письменной форме: заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201
  Формы для подачи жалоб можно найти на веб-сайте
  **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**
- **В электронном виде:** посетите портал жалоб Управления по гражданским правам по адресу **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**

**English:** ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

**Arabic** (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

**Armenian** (Հայերեն): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

**Cambodian** (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

**Chinese Mandarin (普通话)**: 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007**（TTY：**711**）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007**（TTY：**711**）。这些服务均免费提供。

**Chinese Cantonese** (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。我們也爲殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。這些服務爲免費服務。

**Farsi** (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

**Hindi** (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

**Hmong** (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

**Japanese** (**日本語**): 注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007**（TTY：**711**）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。**1-800-431-9007**（TTY：**711**）までお電話ください。これらのサービスは無料です。

**Korean** (한국어): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY:**711**)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

**Laotian** (**ພາສາລາວ**): ສຳຄັນ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY:**711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

**Mien** (Mienh): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatc lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

**Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ):** ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **(TTY:711)**। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **(TTY: 711)**। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

**Russian** (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

**Spanish** (Español): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog** (Tagalog): ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

**Thai** (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY:**711**) นอกจากนี ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารทีเป็นอักษรเบรลล์และเอกสารทีใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านีไม่มีค่าใช้จ่าย

**Ukrainian** (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

**Vietnamese** (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

# Документ об объеме страховой ответственности страховщика на 2024 год

## Содержание

**ГЛАВА 1.** ***Информация для новых участников плана*** **.....15**

РАЗДЕЛ 1 Введение ..... 15

РАЗДЕЛ 2 Кто может стать участником плана страхования? ..... 17

РАЗДЕЛ 3 Важные материалы для участников плана, которые вы получите ..... 19

РАЗДЕЛ 4 Ваши ежемесячные расходы по плану Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)..... 22

РАЗДЕЛ 5 Дополнительная информация о ежемесячном страховом взносе ..... 26

РАЗДЕЛ 6 Поддержание ваших данных участника плана страхования в актуальном состоянии ..... 27

РАЗДЕЛ 7 Совмещение нашего плана страхования с другими программами медицинского страхования ..... 28

**ГЛАВА 2.** ***Важные номера телефонов и ресурсы*** **.....31**

РАЗДЕЛ 1 Контактная информация нашего плана (способы связи, в том числе с отделом обслуживания участников плана)..... 31

РАЗДЕЛ 2 Medicare (порядок получения помощи и информации непосредственно от федеральной программы Medicare)..... 37

РАЗДЕЛ 3 Представительство Программы помощи по вопросам медицинского страхования штата (получение бесплатной помощи, информации и ответов на вопросы о программе Medicare) ..... 39

РАЗДЕЛ 4 Организация повышения качества обслуживания..... 40

РАЗДЕЛ 5 Служба социального обеспечения ..... 41

РАЗДЕЛ 6 Medicaid ..... 42

РАЗДЕЛ 7 Информация о программах помощи с оплатой рецептурных лекарственных препаратов ..... 45

РАЗДЕЛ 8 Способы связи с Советом по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта ..... 49

РАЗДЕЛ 9 Вы участвуете в программе коллективного страхования или в другой программе медицинского страхования, предоставляемой работодателем?..... 50

**ГЛАВА 3.** ***Использование плана для получения медицинских и прочих покрываемых услуг*** **.....52**

РАЗДЕЛ 1 Что нужно знать о порядке получения медицинского обслуживания и прочих услуг, предоставляемых участникам нашего плана страхования ..... 52

РАЗДЕЛ 2 Использование представленных в сети плана поставщиков услуг для получения медицинского обслуживания и прочих услуг ..... 55

РАЗДЕЛ 3 Порядок получения услуг в экстренной ситуации, при необходимости неотложной медицинской помощи или в случае катастрофы ..... 61

РАЗДЕЛ 4 Вы получили счет на оплату полной стоимости ваших услуг ..... 64

РАЗДЕЛ 5 Каков порядок страхового покрытия полученных вами медицинских услуг, если вы участвуете в клиническом исследовании? ..... 65

РАЗДЕЛ 6 Правила получения услуг в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения ..... 67

РАЗДЕЛ 7 Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования ..... 69

**ГЛАВА 4.** ***Таблица страхового покрытия (список покрываемых услуг)*** **.....72**

РАЗДЕЛ 1 Объяснение покрываемых услуг ..... 72

РАЗДЕЛ 2 Использование ***таблицы страхового покрытия*** для поиска информации о доступных вам покрываемых услугах ..... 73

РАЗДЕЛ 3 Какие услуги покрываются вне плана? ..... 140

РАЗДЕЛ 4 Какие услуги не покрываются планом страхования?..... 141

**ГЛАВА 5.** ***Использование предусмотренного планом страхового покрытия в связи с приобретением рецептурных лекарственных препаратов по программе Part D*** **.....146**

РАЗДЕЛ 1 Введение ..... 146

РАЗДЕЛ 2 Получение лекарственных препаратов по рецепту в сетевой аптеке или в рамках услуги заказа с доставкой по почте ..... 147

РАЗДЕЛ 3 Ваши лекарства должны быть представлены в Перечне лекарств плана страхования ..... 153

РАЗДЕЛ 4 На страховое покрытие ряда лекарственных препаратов действуют ограничения..... 155

РАЗДЕЛ 5 Что делать, если одно из ваших лекарств не покрывается в необходимой вам степени? ..... 157

РАЗДЕЛ 6 Что делать в случае внесения изменений в страховое покрытие одного из ваших лекарств? ... 160

РАЗДЕЛ 7 Какие типы лекарственных препаратов ***не покрываются*** планом страхования? ... 163

РАЗДЕЛ 8 Получение лекарственного препарата по рецепту ... 165

РАЗДЕЛ 9 Страховое покрытие лекарственных препаратов по программе Part D в особых ситуациях ... 165

РАЗДЕЛ 10 Программы безопасного приема лекарственных препаратов и управления лекарственным обеспечением ... 168

РАЗДЕЛ 11 Мы отправляем вам отчеты с пояснениями по оплате лекарств и указанием текущей стадии ... 171

**ГЛАВА 6. *Ваши расходы на рецептурные лекарственные препараты по программе Part D* ... 175**

**ГЛАВА 7. *Направление запроса на оплату счета, полученного вами за покрываемые медицинские услуги или лекарственные препараты* ... 177**

РАЗДЕЛ 1 Ситуации, в которых вам следует попросить нас оплатить покрываемые услуги или лекарственные препараты ... 177

РАЗДЕЛ 2 Порядок обращения к нам по поводу возмещения ваших расходов или оплаты полученного вами счета ... 181

РАЗДЕЛ 3 Мы рассмотрим ваш запрос на оплату и вынесем положительное или отрицательное решение ... 182

**ГЛАВА 8. *Ваши права и обязанности* ... 185**

РАЗДЕЛ 1 Наш план страхования должен уважать ваши права и культурные особенности как участника ... 185

РАЗДЕЛ 2 Ваши обязанности как участника плана страхования ... 196

**ГЛАВА 9. *Порядок действий при наличии проблемы или жалобы (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)* ... 199**

РАЗДЕЛ 1 Введение ... 199

РАЗДЕЛ 2 Где получить дополнительную информацию и персонализированную помощь ... 200

РАЗДЕЛ 3 Каков порядок действий при наличии проблемы? ... 201

РАЗДЕЛ 4 Решение проблем, связанных с услугами по программе Medicare ... 202

РАЗДЕЛ 5 Основные сведения о решениях о покрытии и апелляциях ..... 203

РАЗДЕЛ 6 Ваше медицинское обслуживание: как направить запрос по поводу решения о покрытии или подать апелляцию на решение о покрытии ..... 208

РАЗДЕЛ 7 Рецептурные лекарственные препараты по программе Part D: как направить запрос по поводу решения о покрытии или подать апелляцию ..... 218

РАЗДЕЛ 8 Как попросить нас покрыть дальнейшее пребывание в стационаре, если вы считаете, что вас выписывают преждевременно..... 229

РАЗДЕЛ 9 Как попросить нас продолжить покрывать определенные медицинские услуги, если вы считаете, что ваше покрытие заканчивается преждевременно ..... 238

РАЗДЕЛ 10 Подача апелляции уровня 3 и выше..... 245

РАЗДЕЛ 11 Порядок подачи жалобы на качество услуг, время ожидания, работу отдела обслуживания клиентов или по другим вопросам ..... 249

РАЗДЕЛ 12 Решение проблем, связанных с услугами по программе Medicaid..... 254

**ГЛАВА 10. *Прекращение участия в плане страхования* .....256**

РАЗДЕЛ 1 Основные сведения о прекращении вашего участия в нашем плане страхования ..... 256

РАЗДЕЛ 2 Когда вы можете выйти из нашего плана страхования? ..... 256

РАЗДЕЛ 3 Порядок прекращения участия в нашем плане страхования..... 261

РАЗДЕЛ 4 Вы должны продолжать получать медицинские товары, услуги и лекарства через наш план страхования до тех пор, пока не выйдете из него ..... 263

РАЗДЕЛ 5 В определенных ситуациях правила плана страхования требуют прекращения вашего участия в нем ..... 263

**ГЛАВА 11. *Предусмотренные законом уведомления* .....267**

РАЗДЕЛ 1 Уведомление о регулирующем законодательстве..... 267

РАЗДЕЛ 2 Уведомление о недопущении дискриминации..... 267

РАЗДЕЛ 3 Уведомление о правах вторичного плательщика Medicare на суброгацию..... 268

РАЗДЕЛ 4 Возмещение расходов на услуги, оплаченных нашим планом в рамках плана Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ..... 268

РАЗДЕЛ 5 Карта участника плана страхования ..... 271

РАЗДЕЛ 6 Независимые подрядчики ..... 271
РАЗДЕЛ 7 Мошенничество в отношении плана медицинского страхования..... 272
РАЗДЕЛ 8 Обстоятельства, не зависящие от плана страхования ..... 272

**ГЛАВА 12. *Определения важных терминов* ..... 274**

# ГЛАВА 1.

## *Информация для новых участников плана*

# РАЗДЕЛ 1 Введение

## Раздел 1.1 Вы присоединились к плану Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), который представляет собой специализированный план Medicare Advantage Plan (Special Needs Plan)

Ваше медицинское обслуживание покрывается как программой Medicare, так и программой Medicaid:

- **Medicare** представляет собой федеральную программу медицинского страхования для лиц в возрасте от 65 лет, некоторых лиц моложе 65 лет с определенными видами инвалидности, а также лиц с терминальной стадией почечной недостаточности.
- **Medicaid** представляет собой программу, реализуемую совместно федеральным правительством и правительством штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы определенным группам лиц с низким доходом и ограниченными ресурсами. Объем страхового покрытия в рамках программы Medicaid зависит от штата проживания и доступного вам типа Medicaid. Некоторые люди, участвующие в программе Medicaid, получают помощь с оплатой страховых взносов и других расходов в рамках Medicare. Другим также предоставляется покрытие дополнительных услуг и лекарств, не покрываемых программой Medicare.

Для получения покрытия медицинских услуг Medicare и рецептурных препаратов вы выбрали наш план страхования, Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Мы обязаны покрывать все услуги в рамках программы Part A и Part B. Однако условия участия в расходах и доступа к поставщикам услуг в рамках этого плана отличаются от плана Original Medicare.

План Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) представляет собой специализированный план Medicare Advantage Plan (Medicare Special Needs Plan); другими словами, этот план обеспечивает страховое покрытие для людей с особыми медицинскими потребностями. Наш план разработан для людей, участвующих в программе Medicare и имеющих право на получение помощи в рамках программы California Medi-Cal (Medicaid).

Поскольку вы получаете от программы Medicaid помощь с оплатой вашей доли расходов в рамках программы Medicare Part A и B (не покрываемые страховкой минимумы, доплаты и дополнительные взносы), возможно, вам не придется ничего платить за медицинские услуги по программе Medicare. Программа California Medi-Cal (Medicaid) также может предоставлять вам другие льготы в виде покрытия медицинских услуг, которые обычно не покрываются в рамках Medicare. Помимо этого, в рамках Medicare для вас предусмотрена программа «Extra Help», позволяющая вам оплачивать расходы на рецептурные препараты по программе Medicare. Наш план страхования поможет вам координировать все эти льготы, чтобы вы могли получать медицинские услуги и финансовую помощь, на которые вы имеете право.

Нашим планом страхования управляет частная компания. Как и все планы Medicare Advantage Plan, этот план Medicare Special Needs Plan одобрен Medicare. План также имеет договор с программой California Medicaid для координации вашего обслуживания по программе California Medi-Cal (Medicaid). Мы рады предоставлять вам медицинское обслуживание, покрываемое программой Medicare, включая страховое покрытие рецептурных препаратов.

**Страховое покрытие по этому плану расценивается как правомочное медицинское страхование (QHC)** и соответствует требованию относительно индивидуальной совместной ответственности, установленному законом «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» (ACA). Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт Налогового управления США (IRS) по адресу: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

## Раздел 1.2 Какие сведения представлены в *Документе об объеме страховой ответственности страховщика*?

В настоящем *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* объясняется, как получить медицинское обслуживание и рецептурные препараты, покрываемые программой Medicare. В нем разъясняются ваши права и обязанности, что входит в страховое покрытие, что вы платите как участник плана и как подать жалобу, если вы не удовлетворены решением или предоставленным лечением.

Слова *страховое покрытие* и *покрываемые услуги* относятся к медицинскому обслуживанию, услугам и рецептурным препаратам, доступным вам как участнику плана страхования Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

Крайне важно, чтобы вы ознакомились с правилами плана страхования и доступными вам услугами. Рекомендуем вам уделить время внимательному прочтению *Документа об объеме страховой ответственности страховщика*.

Если вы запутались, у вас возникли сомнения или вопросы, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

## Раздел 1.3 Юридическая информация о *Документе об объеме страховой ответственности страховщика*

Настоящий *Документ об объеме страховой ответственности страховщика* является неотъемлемой частью заключенного с вами договора о страховании расходов на ваше обслуживание в рамках нашего плана. Кроме того, договор включает форму регистрации, *Перечень покрываемых лекарств (Справочник лекарств)* и любые полученные от нас уведомления об изменениях, касающихся вашего страхового покрытия или условий, которые на него влияют. Иногда такие уведомления называются *дополнениями* или *поправками*.

Договор действует в течение тех месяцев, когда вы являетесь участником нашего плана, в период с 1 января 2024 г. по 31 декабря 2024 г.

Каждый календарный год программа Medicare позволяет нам вносить изменения в предлагаемые нами планы страхования. Это значит, что мы можем внести изменения в расходы и страховое покрытие, предусмотренные планом Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), после 31 декабря 2024 г. Кроме того, мы можем принять решение о прекращении действия плана в вашей зоне обслуживания или о начале его действия в другой зоне обслуживания после 31 декабря 2024 г.

Программа Medicare (Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid) должна ежегодно утверждать план Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Вы можете ежегодно продолжать получать страховое покрытие в рамках Medicare через наш план страхования до тех пор, пока мы продолжаем предлагать этот план, а программа Medicare продлевает его утверждение.

## РАЗДЕЛ 2 Кто может стать участником плана страхования?

### Раздел 2.1 Требования к участникам

*Вы можете стать участником нашего плана, если выполняются следующие условия:*

- Вы являетесь участником программ Medicare Part A и Medicare Part B.
- -- *и* -- Вы проживаете в зоне обслуживания нашего плана страхования (понятие зоны обслуживания описывается в разделе 2.3 ниже). Лица, находящиеся в тюремном заключении, не считаются проживающими в зоне обслуживания, даже если они физически находятся в ее пределах.
- -- *и* -- Вы являетесь гражданином США или пребываете на территории США на законных основаниях.
- -- *и* -- Вы удовлетворяете описанным ниже особым критериям соответствия условиям программы.

#### Особые критерии соответствия условиям нашего плана страхования

Наш план страхования разработан для удовлетворения потребностей людей, получающих определенные услуги в рамках Medicaid. (Medicaid представляет собой программу, реализуемую совместно федеральным правительством и правительством штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы определенным группам лиц с низким доходом и ограниченными ресурсами.) Чтобы иметь право на участие в нашем плане, вы должны иметь право на участие в программе Medicare и право на получение полной помощи с оплатой доли расходов в рамках программы Medicaid.

Обратите внимание! Если вы теряете право участвовать в программе страхования, но при этом существует разумное основание полагать, что вы можете восстановить это право в течение 6 месяцев, то вы все еще имеете право на участие в нашем плане страхования (в разделе 2.1 главы 4 объясняются правила страхового покрытия и разделения расходов в период, когда вы считаетесь все еще имеющими право на участие в плане страхования).

## Раздел 2.2 Что такое Medicaid?

Medicaid представляет собой программу, реализуемую совместно федеральным правительством и правительством штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы определенным группам лиц с низким доходом и ограниченными ресурсами. Каждый штат самостоятельно решает, что считать доходом и ресурсами, кто имеет право участвовать в программе, какие услуги покрываются и какова их стоимость. Кроме того, каждый штат может решать, как именно управлять программой при условии, что соблюдаются указания федерального правительства.

Кроме того, через программу Medicaid действуют программы для оказания помощи участникам Medicare в оплате расходов в связи с их участием в программе Medicare, например, страховых взносов по программе Medicare. Эти «программы снижения расходов по программе Medicare» ежегодно помогают людям с низким доходом и ограниченными ресурсами экономить свои деньги:

- **Расширенная программа для правомочных получателей страхового обеспечения Medicare (QMB+):** помогает оплачивать страховые взносы по программе Medicare Part A и Part B, а также долю прочих расходов (например, не покрываемые страховкой минимумы, дополнительные взносы и доплаты). Лицам, имеющим право на участие в программе страхования, также доступен полный объем покрытия в рамках программы Medicaid.
- **Расширенная программа для получателей страхового обеспечения Medicare с оговоренным низким уровнем доходов (SLMB+):** помогает оплачивать страховые взносы в рамках программы Part B. Лицам, имеющим право на участие в программе страхования, также доступен полный объем покрытия в рамках программы Medicaid.
- **Право на участие в двух программах с полным страховым покрытием (FBDE):** помогает оплачивать страховые взносы по программе Medicare Part A и Part B, а также долю прочих расходов (например, не покрываемые страховкой минимумы, дополнительные взносы и доплаты). Лицам, имеющим право на участие в программе страхования, также доступен полный объем покрытия в рамках программы Medicaid.

### Раздел 2.3 Определение зоны обслуживания плана Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

План Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) доступен только для лиц, проживающих в зоне обслуживания нашего плана. Чтобы оставаться участником нашего плана страхования, вы должны продолжать проживать в зоне обслуживания плана. Ниже приводится описание зоны обслуживания.

Мы обслуживаем следующие округа штата California: Amador, Imperial, Kern, Placer, San Francisco, San Joaquin и Stanislaus.

Если вы планируете переехать за пределы зоны обслуживания, вы не сможете оставаться участником этого плана. Обратитесь в отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать, предлагаем ли мы планы страхования по вашему новому месту жительства. При переезде вам будет предоставлен особый период регистрации, что позволит вам перейти на план Original Medicare или вступить в план страхования Medicare с покрытием медицинского обслуживания или лекарственных препаратов, доступный на новом месте вашего проживания.

Кроме того, в случае переезда или смены почтового адреса необходимо сообщить об этом в Службу социального обеспечения. Номера телефонов и контактную информацию Службы социального обеспечения см. в разделе 5 главы 2.

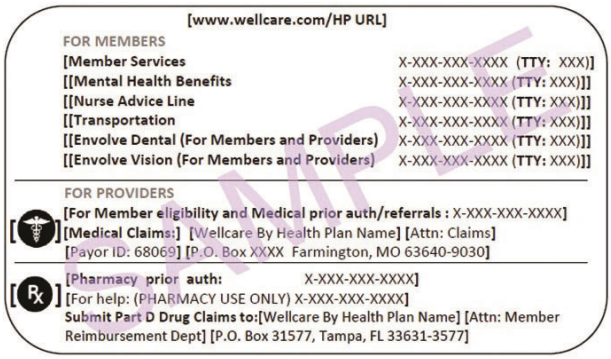
### Раздел 2.4 Гражданство США или пребывание в США на законных основаниях

Участник плана медицинского страхования Medicare должен быть гражданином США или пребывать на территории США на законных основаниях. Программа Medicare (Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid) уведомит план страхования Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), если вы перестанете соответствовать критериям участия на этом основании. Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) исключит вас из плана, если вы не соответствуете этому требованию.

## РАЗДЕЛ 3 Важные материалы для участников плана, которые вы получите

### Раздел 3.1 Ваша карта участника плана

Как участник нашего плана страхования вы должны использовать свою карту участника каждый раз при получении каких-либо услуг, покрываемых данным планом страхования, или рецептурных лекарственных препаратов в сетевой аптеке. Вы также должны предъявлять свою карту участника программы California Medi-Cal (Medicaid) при обращении к поставщику услуг. Вот как выглядит карта участника плана:




НЕ ИСПОЛЬЗУЙТЕ свою красно-бело-синюю карту участника программы Medicare для получения покрываемых медицинских услуг, пока вы являетесь участником этого плана. Если вы используете свою карту Medicare вместо карты участника Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), вам может потребоваться самостоятельно оплатить полную стоимость медицинских услуг. Храните свою карту участника программы Medicare в надежном месте. Вас могут попросить показать ее, если вы нуждаетесь в услугах больницы, хосписа или участвуете в клинических исследованиях (клинических испытаниях), одобренных Medicare.

В случае повреждения, утери или кражи вашей карты участника плана страхования сразу же позвоните в отдел обслуживания участников плана, и мы вышлем вам новую карту.

## Раздел 3.2 Каталог поставщиков услуг и аптек

В *Каталоге поставщиков услуг и аптек* представлен список актуальных сетевых поставщиков услуг и аптек. **Сетевые поставщики услуг** — это врачи и прочие медицинские специалисты, медицинские группы, больницы и иные медицинские учреждения, с которыми мы заключили договор о том, что в качестве полной оплаты услуг они будут принимать наши выплаты и любые суммы участия в расходах по плану страхования.

Медицинская группа — это объединение врачей, в том числе поставщиков первичного медицинского обслуживания (PCP) и специалистов, а также прочих поставщиков медицинских услуг, включая больницы, которые заключили договор с планом на предоставление услуг участникам.

Для получения медицинской помощи и услуг вы должны пользоваться услугами сетевых поставщиков.

Возможно, вам также придется обратиться к поставщикам услуг из медицинской группы вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)/ассоциации IPA. Если вы хотите обратиться к поставщику, который не входит в медицинскую группу/ассоциацию IPA вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), вам, возможно, придется сменить своего PCP. Кроме того, вы можете быть ограничены

поставщиками услуг в рамках вашей сети поставщиков первичного медицинского обслуживания (PCP) и/или медицинской группы. Это означает, что решение о том, к каким специалистам и в какие больницы вы можете обращаться, принимает ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) и/или медицинская группа. Ассоциация IPA — это объединение врачей, в том числе поставщиков первичного медицинского обслуживания (PCP) и специалистов, а также прочих поставщиков медицинских услуг, включая больницы, которые заключили договор с планом на предоставление услуг участникам. Если вы обратитесь в другое место без соответствующего разрешения, вам придется оплатить полную стоимость услуги. К исключениям относятся только экстренные ситуации, услуги неотложной медицинской помощи, когда обращение к сетевым поставщикам невозможно (т. е. в ситуациях, когда получение сетевых услуг нецелесообразно или невозможно), услуги диализа за пределами зоны обслуживания, а также случаи, когда план Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) разрешает обращение к поставщикам, не входящим в сеть.

Наиболее актуальный список поставщиков услуг доступен на нашем веб-сайте по адресу www.wellcare.com/healthnetCA.

Если у вас нет своего экземпляра *Каталога поставщиков услуг и аптек*, вы можете запросить его (в электронном или печатном виде) в отделе обслуживания участников плана. Печатные экземпляры *Каталога поставщиков услуг и аптек* по запросу отправляются по почте в течение трех рабочих дней. Вы можете обратиться в отдел обслуживания участников плана за дополнительной информацией о поставщиках услуг нашей сети, включая сведения об их квалификации, образовании, факте окончания ординатуры и профессиональной сертификации. Наиболее актуальную информацию об изменениях, внесенных в список сотрудничающих с планом поставщиков услуг, можно узнать в отделе обслуживания участников плана или на веб-сайте.

В *Каталоге поставщиков услуг и аптек* представлен список сетевых аптек. Сетевыми называются все аптеки, которые дали согласие выдавать участникам нашего плана страхования покрываемые лекарственные препараты по рецепту. Воспользуйтесь *Каталогом поставщиков услуг и аптек*, чтобы найти сетевую аптеку, в которой вы хотите получать лекарства. Сведения о том, в каких случаях вы можете пользоваться услугами аптек, не входящих в сеть плана, см. в разделе 2.5 главы 5.

Если у вас нет своего экземпляра *Каталога поставщиков услуг и аптек*, вы можете запросить его в отделе обслуживания участников плана. Кроме того, эта информация доступна на нашем веб-сайте по адресу: www.wellcare.com/healthnetCA.

## Раздел 3.3 Перечень покрываемых лекарств *(Справочник лекарств)* плана

Планом предусмотрен *Перечень покрываемых лекарств (Справочник лекарств)*. Для краткости мы называем его «Перечень лекарств». В этом перечне указано, какие рецептурные препараты по программе Part D покрываются в рамках Part D по плану страхования Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Лекарственные препараты, представленные в этом списке, отбираются планом страхования при содействии команды врачей и фармацевтов. Перечень должен соответствовать требованиям, установленным Medicare. Перечень лекарств Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) был одобрен Medicare.

В Перечне лекарств также отмечено, существуют ли какие-либо правила, ограничивающие страховое покрытие ваших лекарств.

Мы предоставим вам копию Перечня лекарств. Для получения наиболее полной и актуальной информации о том, какие лекарства входят в страховое покрытие, вы можете посетить веб-сайт плана (www.wellcare.com/healthnetCA) или позвонить в отдел обслуживания участников плана.

# РАЗДЕЛ 4 Ваши ежемесячные расходы по плану Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

Ваши расходы могут включать следующее:

- Страховой взнос (раздел 4.1)
- Ежемесячный страховой взнос по программе Medicare Part B (раздел 4.2)
- Надбавка за позднюю регистрацию в программе Part D (раздел 4.3)
- Сумма связанной с доходом ежемесячной корректировки (раздел 4.4)

## Раздел 4.1 Страховой взнос

Вы не платите отдельный ежемесячный взнос по нашему плану страхования.

## Раздел 4.2 Ежемесячный страховой взнос по программе Medicare Part B

### Многие участники обязаны выплачивать другие взносы по программе Medicare

Некоторые участники плана страхования обязаны выплачивать другие взносы по программе Medicare. Как объяснено в разделе 2 выше, чтобы иметь право на участие в нашем плане, вы должны сохранять право на участие в программе California Medi-Cal (Medicaid), а также быть участником программ Medicare Part A и Medicare Part B. Для большинства участников плана страхования Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) программа California Medi-Cal (Medicaid) оплачивает ваши страховые взносы в рамках программы Part A (если вы автоматически не получаете право на участие в ней) и Part B.

**Если Medicaid не оплачивает ваши страховые взносы по программе Medicare за вас, вы должны продолжать самостоятельно оплачивать страховые взносы по программе Medicare, чтобы оставаться участником нашего плана страхования.** Это включает в себя страховой взнос в рамках программы Part B. Сюда также может быть включен страховой взнос в рамках программы Part A, который затрагивает участников, не имеющих права на участие в программе Part A без страхового взноса.

## Раздел 4.3 Надбавка за позднюю регистрацию в программе Part D

Поскольку у вас есть право участвовать в двух программах, LEP не применяется к вам, пока вы сохраняете за собой это право, однако его потеря может повлечь за собой LEP. Надбавка за позднюю регистрацию в программе Part D — это дополнительный страховой взнос, который необходимо оплачивать за покрытие по программе Part D, если в любое время после окончания первоначального периода регистрации у вас отсутствует страховое покрытие по программе Part D или другое надежное страховое покрытие расходов на рецептурные препараты в течение 63 или более дней подряд. Надежное страховое покрытие расходов на рецептурные препараты — это страховое покрытие, соответствующее минимальным стандартам Medicare, поскольку оно должно обеспечивать в среднем по крайней мере не меньшие выплаты, чем стандартное страховое покрытие Medicare в отношении рецептурных препаратов. Размер надбавки за позднюю регистрацию зависит от того, как долго вы не имели страхового покрытия в рамках программы Part D или другого надежного страхового покрытия расходов на рецептурные препараты. Вам придется уплачивать эту надбавку на протяжении всего срока действия страхового покрытия по программе Part D.

Надбавка к вам не применяется, если:

- В рамках Medicare для вас предусмотрена программа «Extra Help», позволяющая вам оплачивать расходы на рецептурные препараты.
- У вас не было надежного страхового покрытия в течение менее 63 дней подряд.
- Ваше надежное страховое покрытие расходов на рецептурные препараты предоставлялось другими способами, например вашим бывшим работодателем, профсоюзной организацией, программой TRICARE или Министерством по делам ветеранов. Ваш страховщик или отдел кадров ежегодно будут сообщать вам, является ли ваше страховое покрытие надежным. Эта информация может быть прислана вам письмом или включена в информационную рассылку плана. Сохраняйте ее, так как она может вам понадобиться в случае последующей регистрации в плане Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты.
    - **Примечание.** В уведомлении должно быть сказано, что у вас было надежное страховое покрытие расходов на рецептурные препараты, которое обеспечивало не меньшие выплаты, чем стандартный план Medicare с покрытием расходов на рецептурные препараты.
    - **Примечание.** Надежным страховым покрытием расходов на рецептурные препараты *не является* следующее: дисконтные карты на рецептурные препараты, обслуживание в бесплатных клиниках и предоставление скидок на лекарственные препараты через веб-сайты.

**Размер надбавки определяет Medicare.** Это происходит в следующем порядке:

- Сначала подсчитывается количество полных месяцев задержки вашей регистрации в плане Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты, начиная с того момента, как у вас появилось право в нем зарегистрироваться. Или же определяется количество полных месяцев отсутствия у вас надежного страхового покрытия расходов на рецептурные препараты, если перерыв составил не менее 63 дней. Надбавка начисляется в размере 1% за каждый месяц отсутствия надежного страхового покрытия. Например, если покрытия не было в течение 14 месяцев, надбавка составит 14%.
- Затем Medicare определяет сумму среднемесячного взноса для планов Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты, действующих в стране, исходя из данных за прошлый год. В 2023 году такой среднемесячный страховой взнос составил $32.74. В 2024 году эта сумма может измениться.
- Чтобы рассчитать ежемесячную сумму надбавки, нужно умножить ее процентную величину на среднемесячный страховой взнос, а затем округлить результат до ближайшего десятка центов. В приведенном примере это будет 14% x $32.74, что равняется $4.58. Этот результат округляется до $4.60. Полученная сумма будет добавлена **к ежемесячному страховому взносу лица, которому начислена надбавка за позднюю регистрацию в программе Part D.**

В связи с надбавкой за позднюю регистрацию в программе Part D следует отметить три важных момента:

- Во-первых, **размер надбавки может каждый год изменяться,** поскольку каждый год может изменяться среднемесячный страховой взнос.
- Во-вторых, **вы будете уплачивать надбавку** ежемесячно на протяжении всего времени, пока будете являться участником плана, предусматривающего предоставление покрытия лекарственных препаратов в рамках программы Medicare Part D, даже если вы перейдете в другой план.
- В-третьих, если вам меньше 65 лет и вы получаете страховое покрытие по программе Medicare, начисление надбавки за позднюю регистрацию в программе Part D будет возобновлено, когда вам исполнится 65 лет. По достижении 65 лет ваша надбавка за позднюю регистрацию в программе Part D будет рассчитываться только лишь исходя из количества месяцев отсутствия у вас страхового покрытия после окончания первоначального периода регистрации в программе Medicare.

**Если вы не согласны с начислением надбавки за позднюю регистрацию в программе Part D, вы (или ваш представитель) можете обратиться с запросом на пересмотр решения.** Как правило, вы должны направить запрос на пересмотр **в течение 60 дней** с даты, указанной в полученном вами письме о необходимости выплаты надбавки за позднюю регистрацию. Однако если вы выплачивали надбавку до регистрации в нашем плане, у вас может не быть другой возможности потребовать пересмотра надбавки за позднюю регистрацию.

## Раздел 4.4 Сумма связанной с доходом ежемесячной корректировки

От некоторых участников может потребоваться выплата дополнительного взноса, известного как сумма связанной с доходом ежемесячной корректировки по программе Part D (IRMAA). Размер дополнительной платы рассчитывается с учетом вашего валового дохода с поправками и изменениями, указанного в налоговой декларации IRS двухлетней давности. Если эта сумма превышает определенную величину, то вы будете выплачивать страховой взнос в стандартном размере и дополнительный взнос IRMAA. Для получения дополнительной информации о дополнительной сумме, которую вам может потребоваться выплачивать на основании вашего дохода, посетите веб-сайт https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Если вы обязаны выплачивать дополнительную сумму, Служба социального обеспечения (но не ваш план Medicare) направит вам письмо с указанием размера дополнительной суммы. Эта дополнительная сумма будет удержана из вашего пособия от Службы социального обеспечения, Совета по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта или Управления кадровой службы независимо от того, как вы обычно выплачиваете свои страховые взносы, за исключением случаев,

когда ежемесячное пособие не покрывает причитающуюся дополнительную сумму. Если пособия недостаточно для покрытия дополнительной суммы, вы получите счет от Medicare. **Вы должны выплатить дополнительную сумму соответствующему государственному органу. Она не может быть выплачена за счет вашего ежемесячного страхового взноса. Если вы не выплатите дополнительную сумму, вы будете исключены из плана и лишитесь покрытия рецептурных лекарственных препаратов.**

Если вы не согласны выплачивать дополнительный взнос, вы можете обратиться в Службу социального обеспечения с запросом на пересмотр соответствующего решения. Чтобы уточнить, как это сделать, обратитесь в Службу социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

## РАЗДЕЛ 5 Дополнительная информация о ежемесячном страховом взносе

### Раздел 5.1 Можем ли мы внести изменения в ваш ежемесячный страховой взнос в течение года?

Нет. Мы не имеем права в течение года изменять сумму, начисляемую как ежемесячный страховой взнос за участие в плане. Если размер страхового взноса изменится в следующем году, мы сообщим вам об этом в сентябре, а изменение вступит в силу 1 января.

Однако в некоторых случаях у вас может появиться возможность прекратить выплату надбавки за позднюю регистрацию, если таковая причитается. Либо от вас может потребоваться начать выплату надбавки за позднюю регистрацию. Это может произойти, если вы получите право на участие в программе «Extra Help» или утратите такое право в течение года.

- Если в настоящее время вы выплачиваете надбавку за позднюю регистрацию в программе Part D и в течение года получили право участие в программе «Extra Help», вы сможете прекратить выплату надбавки.
- В случае утери права на участие в программе «Extra Help» на вас может быть наложена соответствующая надбавка за позднюю регистрацию в том случае, если вы проведете 63 или более дней подряд без покрытия рецептурных препаратов в рамках программы Part D или иного надежного страхового покрытия.

Более подробную информацию о программе «Extra Help» см. в разделе 7 главы 2.

## РАЗДЕЛ 6 Поддержание ваших данных участника плана страхования в актуальном состоянии

Мы храним ваши данные участника плана страхования, которые вы указали в форме регистрации, включая ваш адрес и номер телефона. Эти данные также содержат информацию о покрытии конкретно по вашему плану страхования, в том числе сведения о поставщике первичного медицинского обслуживания/медицинской группе/ассоциации независимых практикующих врачей (IPA). Ассоциация IPA — это объединение врачей, в том числе поставщиков первичного медицинского обслуживания (PCP) и специалистов, а также прочих поставщиков медицинских услуг, включая больницы, которые заключили договор с планом на предоставление услуг участникам.

Врачи, больницы, фармацевты и прочие поставщики услуг, представленные в сети плана страхования, должны владеть корректной информацией о вас. **Эти сетевые поставщики услуг используют ваши данные участника плана страхования для определения покрываемых планом услуг и лекарственных препаратов, а также суммы вашей доли расходов**. По этой причине крайне важно, чтобы вы помогали поддерживать актуальность сведений о вас.

### Обязательно сообщайте нам о следующих изменениях:

- Смена имени, адреса или номера телефона
- Изменения в условиях покрытия в рамках любой другой программы медицинского страхования, в которой вы участвуете (например, от вашего работодателя, работодателя вашего супруга/супруги, работодателя вашего гражданского партнера, страхование от несчастного случая на рабочем месте или страхование в рамках программы California Medi-Cal (Medicaid))
- Любые страховые требования в отношении гражданской ответственности, например страховые требования при автомобильной аварии
- Поступление в центр сестринского ухода
- Получение медицинского обслуживания в больнице или отделении неотложной помощи вне зоны обслуживания или вне сети
- Смена назначенного ответственного лица (например, лица, осуществляющего уход)
- Участие в клиническом исследовании (**Примечание.** Вы не обязаны предоставлять плану информацию о клинических исследованиях, в которых вы намереваетесь участвовать, но мы рекомендуем делать это.)

Если какая-либо из представленной информация изменится, сообщите нам, позвонив в отдел обслуживания участников плана.

Кроме того, в случае переезда или смены почтового адреса необходимо сообщить об этом в Службу социального обеспечения. Номера телефонов и контактную информацию Службы социального обеспечения см. в разделе 5 главы 2.

## РАЗДЕЛ 7 Совмещение нашего плана страхования с другими программами медицинского страхования

### Участие в других программах страхования

Правила программы Medicare требуют, чтобы мы получали от вас информацию о любом другом доступном вам страховом покрытии медицинских услуг или лекарственных препаратов. Это необходимо, поскольку мы должны координировать доступное вам прочее страховое покрытие с медицинскими услугами, предоставляемыми по нашему плану страхования. Это называется **координацией покрытия услуг**.

Раз в год мы будем направлять вам письмо, в котором будет перечислено все прочее доступное вам страховое покрытие медицинских услуг или лекарственных препаратов, о котором нам известно. Внимательно изучите эту информацию. Если она верна, никаких действий от вас не требуется. Если информация неверна или вы участвуете в другой программе страхования, не указанной в списке, позвоните в отдел обслуживания участников плана. Возможно, от вас потребуется предоставить другой страховой компании (только после того, как вы убедитесь, что это действительно они) идентификационный номер участника нашего плана страхования, чтобы гарантировать правильную и своевременную оплату ваших счетов.

Если вы участвуете еще в одной программе медицинского страхования (например, корпоративное страховое покрытие от работодателя), программа Medicare предусматривает определенные правила, регламентирующие, какой из планов страхования оплачивает медицинские услуги в первую очередь. Программа медицинского страхования, покрывающая услуги в первую очередь, называется «основной плательщик»; она производит выплаты до достижения пределов страхового покрытия. Программа, покрывающая услуги во вторую очередь, называется «вторичный плательщик», при этом она производит выплаты только в том случае, если после выплат основного плательщика остаются непокрытые расходы. Вторичный плательщик может оплачивать только часть оставшихся непокрытых расходов. Если вы участвуете еще в одной программе медицинского страхования, сообщите об этом своему врачу, больнице или аптеке.

К страховому покрытию по программе коллективного страхования от работодателя или профсоюзной организации применяются следующие правила:

- При наличии плана страхования для пенсионеров в первую очередь выплаты производит Medicare.

- Если коллективная медицинская страховка оформлена по вашему текущему месту работы или по текущему месту работы члена вашей семьи, очередность покрытия расходов зависит от вашего возраста, количества сотрудников, нанятых вашим работодателем, а также от того, предоставлено ли страховое покрытие по программе Medicare в связи с возрастом, инвалидностью или терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD):
  - Если вам нет 65 лет, и у вас есть инвалидность, при этом вы (или член вашей семьи) продолжаете работать, расходы в первую очередь покрывает ваша коллективная медицинская страховка, если у работодателя (или хотя бы у одного из них в случае плана с несколькими работодателями) нанято не менее 100 сотрудников.
  - Если вам больше 65 лет, при этом вы (или ваш супруг/супруга или гражданский партнер) продолжаете работать, расходы в первую очередь покрывает ваша коллективная медицинская страховка, если у работодателя (или хотя бы у одного из них в случае плана с несколькими работодателями) нанято не менее 20 сотрудников.
- Если страховое покрытие по программе Medicare предоставлено вам в связи с ESRD, расходы в первую очередь покрывает ваша коллективная медицинская страховка в течение первых 30 месяцев с того момента, как у вас появилось право на участие в программе Medicare.

Как правило, следующие типы страхового покрытия в первую очередь оплачивают соответствующие услуги:

- Страхование «без вины» (включая страхование автомобиля)
- Страхование гражданской ответственности (включая страхование автомобиля)
- Программа медицинского страхования больных пневмокониозом
- Страхование от несчастного случая на рабочем месте

Программы Medicaid и TRICARE никогда не выступают основным плательщиком при оплате услуг, покрываемых в рамках Medicare. Оплаты по этим программам производятся только после того, как свою часть оплатят программа Medicare и/или корпоративный план медицинского страхования от работодателя.

# ГЛАВА 2.

## *Важные номера телефонов и ресурсы*

## РАЗДЕЛ 1 Контактная информация нашего плана (способы связи, в том числе с отделом обслуживания участников плана)

### Способы связи с нашим отделом обслуживания участников плана

Чтобы получить помощь с подачей страховых требований, оплатой счетов или же по вопросам карт участников плана страхования, позвоните или напишите в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Мы будем рады помочь вам.

| Способ связи | Контактная информация отдела обслуживания участников плана |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-431-9007<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.<br>Обратите внимание, что в выходные и праздничные дни с 1 апреля по 30 сентября на звонок может ответить автоматизированная телефонная система. Оставьте свое имя и номер телефона, и мы перезвоним вам в течение одного (1) рабочего дня.<br>Отдел обслуживания участников плана также предоставляет бесплатные услуги перевода лицам, не владеющим английским языком. |
| **TTY** | 711<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Wellcare by Health Net<br>7700 Forsyth Boulevard<br>Clayton, MO 63105 |
| **ВЕБ-САЙТ** | www.wellcare.com/healthnetCA |

## Способы связи с нами при подаче запроса на принятие решения о предоставлении страхового покрытия или подаче апелляции в отношении медицинского обслуживания

Решение о страховом покрытии — это решение, которое мы принимаем в отношении ваших льгот и страхового покрытия либо в отношении суммы, которую мы выплачиваем за ваши медицинские услуги или рецептурные лекарственные препараты по программе Part D. Апелляцией называется официальный способ обращения к нам с запросом пересмотреть или изменить принятое нами решение о страховом покрытии. Более подробная информация о порядке подачи запросов на предоставление решения о страховом покрытии или апелляций в отношении медицинского обслуживания или расходов на рецептурные препараты по программе Part D приводится в главе 9 *Порядок действий при наличии проблемы или жалобы (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)*.

| Способ связи | Решения о страховом покрытии медицинского обслуживания — контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-431-9007<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. |
| **TTY** | 711<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Medical Management<br>4191 E. Commerce Way<br>Sacramento, CA 95834 |

| Способ связи | Подача запросов на принятие решений о предоставлении страхового покрытия в отношении расходов на рецептурные препараты в рамках программы Part D — контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-431-9007<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. |
| **TTY** | 711<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. |
| **ФАКС** | 1-866-226-1093 |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department<br>P.O. Box 31397<br>Tampa, FL 33631-3397 |
| **ВЕБ-САЙТ** | www.wellcare.com/healthnetCA |

| Способ связи | Подача апелляций в отношении медицинского обслуживания — контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-431-9007<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. |
| **TTY** | 711<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Appeals & Grievances Medicare Operations<br>P.O. Box 10450<br>Van Nuys, CA 91410-0450 |

| Способ связи | Подача апелляций в отношении решений по страховому покрытию рецептурных лекарственных препаратов в рамках программы Part D — контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-431-9007<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. |
| **TTY** | 711<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. |
| **ФАКС** | 1-866-388-1766 |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Medicare Part D Appeals<br>P.O. Box 31383<br>Tampa, FL 33631-3383 |
| **ВЕБ-САЙТ** | www.wellcare.com/healthnetCA |

### Способы связи с нами для подачи жалобы в отношении вашего медицинского обслуживания

Вы можете подать жалобу в отношении нас или одного из поставщиков услуг или одной из аптек нашей сети, в том числе жалобу на качество предоставляемого вам медицинского обслуживания. Жалобы такого типа не предполагают споров по объему страхового покрытия или выплатам. Более подробная информация о подаче жалоб в отношении медицинского обслуживания приводится в главе 9 *Порядок действий при наличии проблемы или жалобы (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)*.

| Способ связи | Подача жалоб в отношении медицинского обслуживания — контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-431-9007<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. |
| **TTY** | 711<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. |
| **ФАКС** | 1-844-273-2671 |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Appeals & Grievances Medicare Operations<br>P.O. Box 10450<br>Van Nuys, CA 91410-0450 |
| **ВЕБ-САЙТ MEDICARE** | Вы можете подать жалобу в отношении плана Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) непосредственно в Medicare. Чтобы сделать это в режиме онлайн, перейдите по ссылке: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

| Способ связи | Подача жалоб в отношении рецептурных лекарственных препаратов по программе Part D — контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-431-9007<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. |
| **TTY** | 711<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. |
| **ФАКС** | 1-844-273-2671 |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Appeals & Grievances Medicare Operations<br>P.O. Box 10450<br>Van Nuys, CA 91410-0450 |
| **ВЕБ-САЙТ MEDICARE** | Вы можете подать жалобу в отношении плана Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) непосредственно в Medicare. Чтобы сделать это в режиме онлайн, перейдите по ссылке: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

### Куда направлять запросы на оплату расходов на полученное вами медицинское обслуживание или лекарственный препарат

Если вы получили счет или оплатили услуги (например, счет от поставщика услуг), которые, по вашему мнению, должны быть оплачены нами, вам может потребоваться обратиться к нам за возмещением или с просьбой оплатить счет, полученный от поставщика. См. главу 7 *(Направление запроса на оплату счета, полученного вами за покрываемые медицинские услуги или лекарственные препараты)*.

**Примечание.** Если вы присылаете нам запрос на оплату, а мы отказываем в его удовлетворении полностью или частично, вы можете обжаловать наше решение. Более подробную информацию см. в главе 9 *Порядок действий при наличии проблемы или жалобы (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)*.

| Способ связи | Запросы на оплату — контактная информация |
|---|---|
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Запросы на оплату медицинских услуг:<br>Member Reimbursement Dept<br>P.O. Box 9030<br>Farmington, MO 63640<br><br>Запросы на оплату в рамках программы Part D:<br>Member Reimbursement Dept<br>P.O. Box 31577<br>Tampa, FL 33631-3577 |
| **ВЕБ-САЙТ** | www.wellcare.com/healthnetCA |

## РАЗДЕЛ 2 Medicare (порядок получения помощи и информации непосредственно от федеральной программы Medicare)

Medicare представляет собой федеральную программу медицинского страхования для лиц в возрасте от 65 лет, некоторых лиц моложе 65 лет с определенными видами инвалидности, а также лиц с терминальной стадией почечной недостаточности (необратимая потеря функции почек, при которой требуется проведение диализа или пересадка почки).

За работу программы Medicare отвечает федеральное агентство, которое называется Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS). Это агентство заключает договоры с организациями Medicare Advantage, в том числе и с нами.

| Способ связи | Контактная информация Medicare |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-MEDICARE или 1-800-633-4227<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>Круглосуточно, без выходных. |
| **TTY** | 1-877-486-2048<br>Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.<br>Звонки на этот номер бесплатны. |

| Способ связи | Контактная информация Medicare |
|---|---|
| **ВЕБ-САЙТ** | www.Medicare.gov<br>Это официальный государственный веб-сайт программы Medicare. На нем размещена актуальная информация о программе Medicare и связанных с ней текущих вопросах. Кроме того, здесь вы найдете информацию о больницах, центрах сестринского ухода, врачах, агентствах по медицинскому обслуживанию на дому и диализных центрах. На веб-сайте опубликованы документы, которые вы можете отправить на печать с компьютера. Здесь вы можете уточнить контактную информацию Medicare для вашего штата.<br>Помимо этого, веб-сайт Medicare предоставляет подробную информацию о вашем соответствии критериям участия в программе Medicare и о доступных для вас вариантах планов страхования, используя для этого следующие инструменты:<br>• **Инструмент определения соответствия критериям участия Medicare Eligibility Tool:** предоставляет информацию о статусе соответствия критериям участия в программе Medicare.<br>• **Инструмент поиска планов страхования Medicare Plan Finder:** предоставляет персонализированную информацию о доступных планах Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов, планах Medicare с покрытием расходов на медицинское обслуживание, а также планах страхования Medigap (дополнительная страховка по программе Medicare), действующих в вашем регионе. При помощи этих инструментов вы можете узнать *приблизительную сумму* своих личных расходов при участии в различных планах Medicare.<br>Кроме того, вы можете с помощью веб-сайта сообщить Medicare о жалобах в отношении нашего плана:<br>• **Сообщите Medicare о своих жалобах:** вы можете подать жалобу в отношении нашего плана непосредственно в Medicare. Для этого перейдите по ссылке: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Программа Medicare серьезно относится к вашим жалобам и будет использовать эту информацию для улучшения качества обслуживания в рамках программы Medicare.<br>Если у вас нет компьютера, с доступом на веб-сайт вам могут помочь в местной библиотеке или в центре для людей старшего возраста. Или вы можете позвонить в Medicare и узнать нужную информацию. Сотрудники найдут информацию на веб-сайте и изучат ее вместе с вами. (Вы можете обратиться в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно и без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.) |

## РАЗДЕЛ 3 Представительство Программы помощи по вопросам медицинского страхования штата (получение бесплатной помощи, информации и ответов на вопросы о программе Medicare)

Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP) представляет собой правительственную программу, предоставляющую обученных консультантов в каждом штате. В штате California программа SHIP называется Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California.

Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California — это независимая (не связанная ни с какой страховой компанией или планом страхования) программа на уровне штата, получающая средства из федерального бюджета и предоставляющая бесплатные консультации по вопросам медицинского страхования в регионе лицам, участвующим в программе Medicare.

Консультанты Программы консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California объяснят вам ваши права в отношении Medicare, помогут подать жалобу на медицинское обслуживание или обращение с вами, а также привести в порядок ваши счета Medicare. Консультанты Программы консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California также могут помочь вам получить ответы на ваши вопросы или устранить связанные с Medicare проблемы, определиться с выбором плана страхования в рамках Medicare и ответить на вопросы о переходе на другой план.

СПОСОБЫ СВЯЗИ С ПРОГРАММОЙ SHIP И ДРУГИЕ РЕСУРСЫ:

- Посетите веб-сайт https://www.shiphelp.org (нажмите кнопку «SHIP LOCATOR» в центре страницы)
- Выберите свой **ШТАТ** из списка. Отобразится страница с номерами телефонов и ресурсами, относящимися к вашему штату.

| Способ связи | Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California — контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-434-0222 |
| **TTY** | 711 |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | California Department of Aging<br>2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200<br>Sacramento, CA 95833 |
| **ВЕБ-САЙТ** | https://www.aging.ca.gov/hicap/ |

## РАЗДЕЛ 4 Организация повышения качества обслуживания

В каждом штате существует назначенная Организация повышения качества обслуживания, которая обслуживает участников программы Medicare. В штате California в качестве Организации повышения качества обслуживания выступает Livanta.

Livanta, Организация повышения качества обслуживания в штате California, включает команду врачей и других медицинских специалистов, которые отвечают за проверку качества обслуживания участников программы Medicare и помощь в повышении качества работы, при этом их услуги оплачиваются программой Medicare. Livanta, Организация повышения качества обслуживания в штате California, является независимой организацией. Она не связана с нашим планом страхования.

Вы должны обращаться в Livanta, Организацию повышения качества обслуживания в штате California, в любой из следующих ситуаций:

- У вас есть жалоба на качество полученного вами обслуживания.
- Вы считаете, что страховое покрытие вашего пребывания в больнице заканчивается преждевременно.
- Вы считаете, что страховое покрытие услуг медицинского ухода на дому, учреждения квалифицированного сестринского ухода или центра комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) заканчивается преждевременно.

| Способ связи | Livanta, Организация повышения качества обслуживания в штате California — контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-877-588-1123<br>С 9 a.m. до 5 p.m. по местному времени с понедельника по пятницу; с 11 a.m. до 3 p.m. по местному времени в субботу и воскресенье |
| **TTY** | 1-855-887-6668<br>Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Livanta BFCC-QIO Program<br>10820 Guilford Road, Suite 202<br>Annapolis Junction, MD 20701-1105 |
| **ВЕБ-САЙТ** | https://www.livantaqio.com |

## РАЗДЕЛ 5 Служба социального обеспечения

Служба социального обеспечения несет ответственность за определение соответствия критериям участия в программе Medicare и проведение регистрации для участия в этой программе. Право участвовать в программе Medicare имеют граждане США и лица с законно полученным постоянным видом на жительство, которые достигли 65 лет или имеют инвалидность либо терминальную стадию почечной недостаточности и при этом соответствуют определенных условиям. Если вы уже получаете пособия от Службы социального обеспечения, регистрация в программе Medicare осуществляется автоматически. Если вы не получаете пособий от Службы социального обеспечения, вам нужно самостоятельно зарегистрироваться для участия в программе Medicare. Чтобы подать заявку на участие в программе Medicare, вы можете обратиться в Службу социального обеспечения по телефону или прийти в ее местное отделение.

Служба социального обеспечения также несет ответственность за определение лиц, которые обязаны выплачивать дополнительный взнос за страховое покрытие расходов на препараты по программе Part D в связи с более высоким доходом. Если Служба социального обеспечения прислала письмо о том, что вы обязаны уплачивать дополнительную сумму, у вас возникли вопросы по поводу этой суммы или если ваш доход снизился в результате какого-либо важного события, вы можете обратиться в Службу социального обеспечения по телефону с запросом на пересмотр вынесенного решения.

Если вы переехали или у вас изменился почтовый адрес, обязательно сообщите об этом в Службу социального обеспечения.

| Способ связи | Контактная информация Службы социального обеспечения |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-772-1213<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>Часы работы: с 8:00 a.m. до 7:00 p.m. с понедельника по пятницу.<br>Вы можете воспользоваться услугой автоматической телефонной связи Службы социального обеспечения для получения информации в записи и решения некоторых вопросов в круглосуточном режиме. |
| **TTY** | 1-800-325-0778<br>Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>Часы работы: с 8:00 a.m. до 7:00 p.m. с понедельника по пятницу. |
| **ВЕБ-САЙТ** | www.ssa.gov |

## РАЗДЕЛ 6 Medicaid

Как участник нашего плана вы имеете право на участие в программах Medicare и Medicaid. Medicaid представляет собой программу, реализуемую совместно федеральным правительством и правительством штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы определенным группам лиц с низким доходом и ограниченными ресурсами.

Кроме того, через программу California Medi-Cal (Medicaid) действуют программы для оказания помощи участникам Medicare в оплате расходов в связи с их участием в программе Medicare, например, страховых взносов по программе Medicare. Эти «программы снижения расходов по программе Medicare» (Medicare Savings Program) ежегодно помогают людям с низким доходом и ограниченными ресурсами экономить свои деньги:

- **Расширенная программа для правомочных получателей страхового обеспечения Medicare (QMB+):** помогает оплачивать страховые взносы по программе Medicare Part A и Part B, а также долю прочих расходов (например, не покрываемые страховкой минимумы, дополнительные взносы и доплаты). Лицам, имеющим право на участие в программе страхования, также доступен полный объем покрытия в рамках программы Medicaid.
- **Расширенная программа для получателей страхового обеспечения Medicare с оговоренным низким уровнем доходов (SLMB+):** помогает оплачивать страховые взносы в рамках программы Part B. Лицам, имеющим право на участие в программе страхования, также доступен полный объем покрытия в рамках программы Medicaid.

- **Право на участие в двух программах с полным страховым покрытием (FBDE):** помогает оплачивать страховые взносы по программе Medicare Part A и Part B, а также долю прочих расходов (например, не покрываемые страховкой минимумы, дополнительные взносы и доплаты). Лицам, имеющим право на участие в программе страхования, также доступен полный объем покрытия в рамках программы Medicaid.

Чтобы стать участником этого плана, вы должны быть зарегистрированы как в программе Medicare, так и в программе California Medi-Cal (Medicaid) и соответствовать всем остальным критериям участия в плане на момент регистрации. Если у вас возникли вопросы о помощи, которую вы получаете по программе Medicaid, обратитесь в программу California Medi-Cal (Medicaid).

| Способ связи | Программа California Medi-Cal (Medicaid) — контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-541-5555<br>1-916-552-9200<br>1-916-449-5000<br>С 8 a.m. до 5 p.m. PT, с понедельника по пятницу |
| **TTY** | 1-800-430-7077<br>Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Medi-Cal<br>P.O. Box 997413, MS 4400<br>Sacramento, CA 95899-7413 |
| **ВЕБ-САЙТ** | https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx |

Программа омбудсменов по вопросам долгосрочного ухода в штате California помогает людям, зарегистрированным в программе Medicaid, решать проблемы с получением услуг или оплатой счетов. Здесь вам помогут подать жалобу или апелляцию в отношении нашего плана страхования.

| Способ связи | Программа омбудсменов по вопросам долгосрочного ухода в штате California — контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-916-419-7510<br>1-800-510-2020<br>С 8 a.m. до 5 p.m. по местному времени, с понедельника по пятницу. |
| **TTY** | 1-800-735-2929<br>Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | California Department of Aging<br>2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200<br>Sacramento, CA 95833 |
| **ВЕБ-САЙТ** | https://www.aging.ca.gov/ |

Омбудсмен по вопросам долгосрочного ухода помогает людям получать информацию о центрах сестринского ухода, а также решать проблемы, возникающие между центрами сестринского ухода и пациентами или их семьями.

| Способ связи | Омбудсмен по вопросам долгосрочного ухода — контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-510-2020<br>1-916-419-7510<br>С 8 a.m. до 4 p.m. по местному времени, с понедельника по пятницу. |
| **TTY** | 711 |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | California Department of Aging<br>2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200<br>Sacramento, CA 95833 |
| **ВЕБ-САЙТ** | https://www.aging.ca.gov/programs/ltcop/ |

## РАЗДЕЛ 7 Информация о программах помощи с оплатой рецептурных лекарственных препаратов

Информацию о том, как снизить стоимость рецептурного лекарственного препарата, см. на веб-сайте (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs). Для людей с ограниченными доходами существуют и другие программы помощи, описанные ниже.

### Программа дополнительной помощи «Extra Help» в рамках Medicare

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medicaid, вы также имеете право участвовать в программе «Extra Help» от Medicare, помогающей с оплатой ваших расходов на рецептурные лекарственные препараты. Для участия в программе «Extra Help» вам не нужно предпринимать никаких действий.

Если у вас возникли вопросы относительно программы «Extra Help», позвоните:

- По номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048 (прием заявок); круглосуточно, без выходных.
- В Службу социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 с 8 a.m. до 7 p.m. с понедельника по пятницу. При использовании TTY набирайте 1-800-325-0778.
- Офис программы Medicaid в вашем штате (прием заявок) (контактную информацию см. в разделе 6 данной главы).

Если вы считаете, что при получении лекарственного препарата по рецепту в аптеке доля вашего участия в расходах превышает положенную сумму, то в соответствии с процессом, установленным нашим планом страхования, вы можете запросить помощь в получении документов, подтверждающих ваш надлежащий уровень доплаты, либо, если у вас уже есть такие подтверждающие документы, предоставить их нам.

- Позвоните в отдел обслуживания участников плана и сообщите представителю, что, по вашему мнению, вы имеете право на участие в программе «Extra Help». От вас может потребоваться предоставление одного из следующих видов документов (политика предоставления имеющихся документов для подтверждения актуального уровня доходов):
    - Копия карты участника программы California Medi-Cal (Medicaid) с указанием имени участника и даты получения права на участие в программе в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
    - Копия документа, выданного государственными органами штата, который подтверждает ваш статус участника программы California Medi-Cal (Medicaid) в течение месяца после июня предыдущего календарного года.

- Распечатка из электронного регистрационного файла штата с указанием статуса участника программы California Medi-Cal (Medicaid) в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- Снимок экрана из системы штата, посвященной программе California Medi-Cal (Medicaid), на котором отображен ваш статус участника программы Medicaid в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- Другие документы, предоставленные государственным органами вашего штата, в которых указан ваш статус участника программы California Medi-Cal (Medicaid) в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- Письмо из Управления социального обеспечения (SSA), подтверждающее, что человек получает дополнительный социальный доход (SSI).
- Заявление лица, признанного соответствующим критериям, подтверждающее «...автоматическое получение права на получение дополнительной помощи...» (публикация SSA: HI 03094.605).

**Если вы** находитесь в стационаре и считаете, что имеете право на нулевое участие в расходах, позвоните в отдел обслуживания участников плана и сообщите представителю, что, по вашему мнению, вы имеете право на участие в программе «Extra Help». От вас может потребоваться предоставление одного из следующих видов документов:

- Предоставленное учреждением платежное извещение, подтверждающее платеж Medicaid от вашего имени за полный календарный месяц пребывания и поданное в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- Копия документа, выданного государственными органами штата, подтверждающего платеж Medicaid от вашего имени учреждению за полный календарный месяц после июня предыдущего календарного года.
- Снимок экрана из системы Medicaid штата с указанием вашего статуса госпитализации в учреждении, основанного на пребывании в нем не менее полного календарного месяца для целей оплаты Medicaid в течение месяца после июня предыдущего календарного года.

- Если вы не можете предоставить описанные выше документы и считаете, что можете иметь право на участие в программе «Extra Help», позвоните в отдел обслуживания участников плана, и представитель поможет вам.
- Получив документ, подтверждающий сумму вашей доплаты, мы обновим данные в системе, чтобы в следующий раз при получении рецептурного препарата в аптеке вы внесли правильную сумму доплаты. В случае переплаты мы возместим вам соответствующую сумму. Мы пришлем вам чек на сумму переплаты или зачтем соответствующую сумму в счет будущих доплат. Если аптека не взяла с вас доплату и учла ее в качестве задолженности, мы можем произвести платеж непосредственно в адрес аптеки. Если оплата от вашего имени была произведена

государственными органами штата, мы можем произвести платеж непосредственно в адрес соответствующего органа. Если у вас возникли вопросы, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

**Участие в программе помощи штата в оплате лекарственных препаратов (SPAP)**

Многие штаты США, а также Виргинские острова предоставляют помощь с оплатой рецептурных лекарственных препаратов, страховых взносов по плану страхования с покрытием лекарственных препаратов и/или прочих расходов на лекарства. Если вы зарегистрированы в той или иной Программе помощи штата в оплате лекарственных препаратов (SPAP) или любой другой программе, предоставляющей покрытие лекарственных препаратов по программе Part D (помимо программы «Extra Help»), вам все равно полагается скидка 70% на покрываемые патентованные лекарственные препараты. Кроме того, план страхования оплачивает 5% от стоимости патентованных препаратов на стадии отсутствия страхового покрытия. И скидка в размере 70%, и 5%, покрываемые планом, применяются в отношении стоимости препарата в первую очередь — до применения страхового покрытия по программе SPAP или любого другого.

**Участие в программе помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP)**
**Что представляет собой Программа помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP)?**

Программа помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP) помогает лицам с ВИЧ/СПИДом, соответствующим условиям программы, получать жизненно необходимые препараты для лечения их состояния. Если рецептурные препараты по программе Medicare Part D также представлены в справочнике лекарств программы ADAP, то помощь в оплате расходов на эти рецептурные препараты оказывается через Программу помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP) штата California.

Программой помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP) штата California является программа ADAP, действующая в вашем штате.
Программа помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP) штата California, действующая в вашем штате, указана ниже.

| Способ связи | Программа помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP) штата California — контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-916-558-1784<br>1-844-421-7050<br>С 8 a.m. до 5 p.m. по местному времени, с понедельника по пятницу. |
| **TTY** | 711 |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Office of AIDS, Center for Infectious Diseases,<br>California Department of Public Health<br>MS 7700 P.O. Box 997426<br>Sacramento, CA 95899-7377 |
| **ВЕБ-САЙТ** | https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx |

**Примечание.** Чтобы иметь право участвовать в программе ADAP в вашем штате, вы должны соответствовать определенным критериям, включая подтверждение факта проживания в штате и ВИЧ-статуса, низкий уровень дохода согласно определению штата, а также статус незастрахованного/недостаточно застрахованного лица. В случае смены плана страхования сообщите об этом местному сотруднику программы ADAP, чтобы вы могли и дальше получать помощь. Для получения информации о критериях участия в программе, покрываемых лекарствах или о том, как зарегистрироваться в программе, позвоните в Программу помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP) штата California.

### Программы помощи штата в оплате лекарственных препаратов

Во многих штатах существуют программы помощи штата в оплате лекарственных препаратов, которые помогают людям оплачивать рецептурные лекарства в зависимости от их финансовых возможностей, возраста, заболевания или формы инвалидности. В каждом штате устанавливаются свои правила предоставления покрытия лекарственных препаратов участникам программы.

В штате California Программой помощи в оплате фармацевтических препаратов является MediCal Rx Customer Service Center.

| Способ связи | California MediCal Rx Customer Service Center — контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-977-2273<br>1-916-518-3100 711<br>Круглосуточно, без выходных, включая праздничные дни |
| **TTY** | 711 |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | MediCal Rx Customer Service Center<br>P.O. Box 730<br>Rancho Cordova, CA 95741 |
| **ВЕБ-САЙТ** | www.medi-calrx.dhcs.ca.gov |

## РАЗДЕЛ 8 Способы связи с Советом по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта

Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта представляет собой независимое федеральное агентство, которое управляет комплексными программами предоставления страхового покрытия сотрудникам государственной железной дороги и их семьям. Если вы получаете медицинское обслуживание в рамках Medicare через Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта, крайне важно сообщать им о переезде или смене почтового адреса. Если у вас возникли вопросы в отношении услуг, предоставляемых Советом по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта, обратитесь к представителю агентства.

| Способ связи | Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта — контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-877-772-5772<br>Звонки на этот номер бесплатны.<br>Нажмите «0», чтобы связаться с представителем совета RRB: понедельник, вторник, четверг, пятница — с 9:00 a.m. до 3:30 p.m.; среда — с 9:00 a.m. до 12:00 p.m.<br>Нажмите «1», чтобы связаться с автоматической справочной службой совета RRB, где круглосуточно, без выходных и праздничных дней доступна записанная справочная информация. |
| **TTY** | 1-312-751-4701<br>Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.<br>За звонки на этот номер *взимается плата*. |
| **ВЕБ-САЙТ** | rrb.gov/ |

## РАЗДЕЛ 9 Вы участвуете в программе коллективного страхования или в другой программе медицинского страхования, предоставляемой работодателем?

Если в рамках этого плана страхования вы (или ваш супруг/супруга или гражданский партнер) получаете страховое покрытие по программе страхования вашего работодателя (или работодателя вашего супруга/супруги или гражданского партнера) либо профсоюза пенсионеров, при возникновении вопросов вы можете позвонить администратору страховых выплат от работодателя/профсоюза или в отдел обслуживания участников плана. Вы можете запросить информацию о покрываемых медицинских услугах, страховых взносах или периоде регистрации в программе страхования вашего работодателя (или работодателя вашего супруга/супруги или гражданского партнера) либо профсоюза пенсионеров. (Номера телефонов отдела обслуживания участников плана напечатаны на задней обложке настоящего документа.) Вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048), чтобы задать вопросы о страховом покрытии Medicare по данному плану.

Если вам доступно иное страховое покрытие рецептурных препаратов по программе страхования вашего работодателя (или работодателя вашего супруга/супруги или гражданского партнера) либо профсоюза пенсионеров, обращайтесь к **соответствующему администратору страховых выплат**. Администратор страховых выплат поможет вам определить, как совместить доступное вам в данный момент страховое покрытие рецептурных препаратов с нашим планом страхования.

# ГЛАВА 3.

## *Использование плана для получения медицинских и прочих покрываемых услуг*

# РАЗДЕЛ 1 Что нужно знать о порядке получения медицинского обслуживания и прочих услуг, предоставляемых участникам нашего плана страхования

В этой главе приводятся важные сведения об использовании данного плана страхования для получения медицинского обслуживания и прочих услуг в рамках страхового покрытия. Здесь даются определения терминов и объясняются правила, которым необходимо следовать для получения лечения, услуг, оборудования, рецептурных лекарственных препаратов и прочей медицинской помощи, покрываемой планом страхования.

Для получения подробной информации о том, какие медицинские и прочие услуги покрываются нашим планом страхования, см. таблицу страхового покрытия в главе 4 (*Таблица страхового покрытия (список покрываемых услуг)*).

## Раздел 1.1 Кто такие сетевые поставщики услуг и что такое покрываемые услуги?

- **Поставщики услуг** — это врачи и прочие медицинские специалисты, имеющие лицензию штата на предоставление медицинской помощи и услуг. Поставщиками услуг также выступают больницы и прочие медицинские учреждения.

- **Сетевые поставщики услуг** — это врачи и прочие медицинские специалисты, медицинские группы, больницы и иные медицинские учреждения, с которыми мы заключили договор о том, что в качестве полной оплаты услуг они будут принимать наши выплаты. Мы договорились с этими поставщиками услуг о предоставлении участникам нашего плана покрываемых услуг. Поставщики услуг, представленные в нашей сети, выставляют счет за предоставленные вам услуги непосредственно нам. При обращении к сотрудничающему с планом поставщику услуг вы ничего не платите за покрываемые услуги.

- **К покрываемым услугам** относятся все медицинские услуги и обслуживание, принадлежности, оборудование и рецептурные лекарственные препараты, покрываемые нашим планом страхования. Доступные вам покрываемые медицинские услуги перечислены в таблице страхового покрытия в главе 4. Информация о страховом покрытии рецептурных лекарственных препаратов представлена в главе 5.

## Раздел 1.2 Основные правила получения медицинского обслуживания и прочих услуг в рамках покрытия данным планом страхования

Как план медицинского страхования в рамках Medicare наш план должен покрывать все услуги, покрываемые Original Medicare, и при этом может предоставлять прочие услуги в дополнение к тем, которые покрываются программой Original Medicare. Услуги, покрываемые планом, см. в главе 4 «Таблица страхового покрытия (список покрываемых услуг)».

Как правило, наш план страхования покрывает ваше медицинское обслуживание при соблюдении следующих условий:

- **Получаемые вами услуги включены в таблицу страхового покрытия плана страхования** (эта таблица приведена в главе 4 настоящего документа).
- **Вы получаете услуги по медицинском показаниям.** «По медицинским показаниям» означает, что услуги, принадлежности, оборудование или лекарственные препараты необходимы вам для профилактики, диагностики или лечения вашего заболевания и при этом соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики.
- **У вас есть поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP), который представлен в нашей сети, предоставляет вам медицинскую помощь и координирует ее получение у других специалистов.** Как участник нашего плана вы обязаны выбрать сетевого поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) (более подробную информацию об этом см. в разделе 2.1 данной главы).
    - В большинстве случаев ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) должен выдать вам предварительное разрешение, с которым можно обращаться к другим поставщикам услуг, представленным в сети плана страхования, включая специалистов, больницы, учреждения квалифицированного сестринского ухода или агентства по медицинскому обслуживанию на дому. Это разрешение называется «направлением». Более подробную информацию по этой теме см. в разделе 2.3 данной главы
    - Направление от поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) не требуется для получения экстренной помощи и услуг неотложной медицинской помощи. Существуют также некоторые другие виды обслуживания, которые можно получить без предварительного согласования с вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) (более подробную информацию об этом см. в разделе 2.2 данной главы).

- **Вы должны получать обслуживание у поставщика, входящего в сеть** (более подробную информацию об этом см. в разделе 2 данной главы). В большинстве случаев услуги, полученные у внесетевого поставщика услуг (поставщика, не входящего в сеть нашего плана страхования), не покрываются. Это означает, что вам потребуется полностью оплатить услуги, полученные от поставщика. *Предусмотрено три исключения:*
  - План страхования покрывает экстренную помощь и услуги неотложной медицинской помощи, предоставленные вам внесетевым поставщиком услуг. Дополнительную информацию по этой теме, а также определения услуг экстренной и неотложной медицинской помощи см. в разделе 3 данной главы.
  - Если вам требуется медицинское обслуживание, которое должно покрываться нашим планом страхования согласно правилам программы Medicare, но в нашей сети нет специалистов, способных предоставить эти услуги, вы можете получить их у внесетевого поставщика услуг (при наличии предварительного разрешения) за ту же стоимость, которую вы обычно платите в рамках сети. Позвоните нам, чтобы узнать, как получить разрешение, которое может потребоваться перед обращением за медицинской помощью. В этом случае мы покроем эти услуги в том же порядке, как если бы они были предоставлены поставщиком услуг из нашей сети. Информацию о получении разрешения на посещение внесетевого врача см. в разделе 2.4 данной главы.
  - Планом страхования покрываются услуги по диализу почек, предоставляемые в специализированном учреждении, сертифицированном Medicare, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана или когда ваш поставщик этих услуг временно недоступен. Ваша доля участия в расходах на услуги диализа никогда не может превышать долю расходов, предусмотренную в рамках Original Medicare. Если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана и при этом получаете услуги диализа у поставщика услуг, не представленного в сети плана, ваша доля участия в расходах не может превышать вашу долю расходов на услуги, получаемые в пределах сети. Тем не менее, если ваш обычный сетевой поставщик услуг диализа временно недоступен и вы решаете получить соответствующие услуги в пределах зоны обслуживания у внесетевого поставщика услуг, то доля вашего участия в расходах на услуги диализа может быть выше.

# РАЗДЕЛ 2 Использование представленных в сети плана поставщиков услуг для получения медицинского обслуживания и прочих услуг

## Раздел 2.1 Вы должны выбрать поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), отвечающего за предоставление вам медицинского обслуживания и его координацию

### Кто такой поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) и чем он занимается?

Став участником нашего плана, вы должны сначала выбрать сотрудничающего с планом поставщика услуг, который будет вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP). Ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) — это ваш партнер в области здравоохранения, обеспечивающий или координирующий ваше медицинское обслуживание. Вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) должен быть медицинский специалист, отвечающий требованиям штата и имеющий подготовку, необходимую для оказания вам первичной медицинской помощи. К таким специалистам относятся врачи, специализирующиеся в области семейной практики, общей практики и терапевтической медицины.

Основной объем планового или базового медицинского обслуживания вы получаете от своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Кроме того, ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) поможет вам организовать и координировать остальные покрываемые услуги, получаемые вами как участником нашего плана страхования. К таким услугам относятся следующие:

- услуги в сфере психического здоровья;
- рентгенография;
- лабораторные исследования;
- различные виды терапии;
- услуги специалистов;
- госпитализация в больницу;
- последующее наблюдение.

Координация получаемых вами покрываемых услуг подразумевает общение или консультации с другими поставщиками услуг, представленными в нашем плане, по поводу вашего обслуживания и хода лечения. Для некоторых видов услуг или принадлежностей вашему поставщику первичного медицинского обслуживания (PCP) необходимо получить предварительное разрешение (предварительное одобрение). Если для получения услуги требуется предварительное разрешение, ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) подает в наш план запрос на получение такого разрешения. Поскольку ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) будет предоставлять и координировать ваше медицинское обслуживание, вам следует отправить все ваши прошлые медицинские документы в приемную вашего PCP. Как правило, большую часть планового медицинского обслуживания вы получаете у своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Мы рекомендуем, чтобы ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) координировал все ваше обслуживание. Более подробную информацию см. в разделе 2.3 данной главы.

В некоторых случаях ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP), специалист или другой поставщик услуг, к которому вы обращаетесь, должен получить от нас предварительное разрешение (предварительное одобрение) на определенные виды покрываемых услуг и товаров. Услуги и товары, требующие предварительного разрешения, представлены в главе 4 настоящего документа.

Если вам необходимо поговорить с врачом в нерабочее время, позвоните в кабинет врача, и ваш звонок переведут на линию врача, автоответчик с указаниями, где можно получить обслуживание, или на линию другого врача, предоставляющего страховое покрытие. Если вам требуется экстренная медицинская помощь, немедленно позвоните по номеру 911.

### Как выбрать поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)?

При вступлении в наш план вы выбираете медицинскую группу, сотрудничающую с программой Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Кроме того, вы выбираете поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) из этой сотрудничающей с нами медицинской группы. Чтобы выбрать поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), посетите наш веб-сайт по адресу www.wellcare.com/healthnetCA и выберите PCP из числа сотрудничающих с нашим планом поставщиков услуг. Отдел обслуживания участников плана также может помочь вам выбрать поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Выбрав поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), позвоните в отдел обслуживания участников плана и сообщите о своем выборе. Ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) должен сотрудничать с нашим планом.

Все медицинские группы и поставщики первичного медицинского обслуживания (PCP) направляют пациентов к определенным сотрудничающим с планом специалистам и в определенные больницы, сотрудничающие с ними. Если вы хотите лечиться у конкретного специалиста или в конкретной больнице из числа сотрудничающих с нашим планом, сначала убедитесь, что этот специалист и/или эта больница входят в медицинскую группу и сеть вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP).

Если вы не выберете медицинскую группу или поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) сами либо если вы выберете медицинскую группу или PCP, у которых нельзя получить обслуживание по нашему плану, мы автоматически назначим вам медицинскую группу и PCP.

### Смена поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)

Вы можете в любое время и по любой причине сменить поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Кроме того, ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) может выйти из сети нашего плана страхования, в связи с чем вам потребуется выбрать нового PCP. При определенных обстоятельствах наши поставщики услуг обязаны продолжать предоставлять обслуживание после выхода из нашей сети. Для получения подробной информации обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

Если вы хотите сменить свою медицинскую группу или поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), позвоните в отдел обслуживания участников плана. Все медицинские группы и поставщики первичного медицинского обслуживания (PCP), представленные в плане, направляют пациентов к определенным сотрудничающим с планом специалистам и в определенные больницы, сотрудничающие с ними. Это означает, что решение о том, у каких специалистов и в каких больницах вы можете лечиться, принимают медицинская группа, в которой вы лечитесь, и ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP). Если вы хотите лечиться у конкретных специалистов или в конкретных больницах, выясните вначале, сотрудничают ли с ними ваша медицинская группа и ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP).

Для смены поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) позвоните в отдел обслуживания участников плана. Изменения вступят в силу с первого числа следующего месяца. Обратите внимание! Если вы обращаетесь к поставщику первичного медицинского обслуживания (PCP), отличного от закрепленного за вами PCP, вы можете понести более высокую долю участия в расходах или ваши страховые требования могут быть отклонены.

## Раздел 2.2 Какие виды медицинских и прочих услуг вы можете получить без направления от поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)?

Перечисленные ниже услуги можно получить без предварительного разрешения вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP).

- Плановое обслуживание в области женского здоровья, включающее обследования молочной железы, скрининговые маммограммы (рентгеновские снимки молочной железы), цитологические мазки и обследования органов таза. Все эти услуги должны предоставляться сетевым поставщиком.

- Прививки от гриппа, COVID-19 и пневмонии при условии, что вы получаете их у сетевого поставщика услуг.
- Услуги экстренной медицинской помощи от сетевых или внесетевых поставщиков услуг.
- Услуги неотложной медицинской помощи — это покрываемые услуги, не являющиеся услугами экстренной помощи, предоставляемые в случаях, когда сетевые поставщики услуг временно недоступны или когда участник программы страхования находится за пределами зоны обслуживания. Например, вам требуется неотложная помощь в выходные дни. Услуги должны требоваться немедленно и быть необходимыми по медицинским показаниям.
- Услуги по диализу почек, предоставляемые в специализированном учреждении, сертифицированном Medicare, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана страхования. По возможности позвоните в отдел обслуживания участников плана до того, как покинете зону обслуживания, чтобы мы могли организовать вам поддерживающий диализ на время вашего отсутствия.

## Раздел 2.3 Как получить услуги специалистов и других представленных в сети поставщиков услуг

Специалист — это врач, который оказывает медицинскую помощь при определенном заболевании или для определенной части тела. Существует много разных специалистов. Ниже приведено несколько примеров:

- Онкологи оказывают помощь пациентам с онкологическими заболеваниями
- Кардиологи оказывают медицинскую помощь пациентам с заболеваниями сердца
- Ортопеды оказывают медицинскую помощь пациентам с определенными заболеваниями костей, суставов или мышц

Как правило, прежде чем обратиться к специалисту, вы должны получить на это разрешение своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Это называется получением «направления» к специалисту. Крайне важно получать направление от своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), прежде чем обращаться к сотрудничающему с планом специалисту или некоторым другим поставщикам услуг. Действует несколько исключений, в том числе в отношении планового обслуживания в области женского здоровья, как объясняется в разделе 2.2. Если перед получением услуг специалиста или некоторых других поставщиков услуг вы не получили направление, вам, возможно, придется оплатить эти услуги самостоятельно.

Если специалист считает, что вам необходимо дополнительное обслуживание в рамках последующих приемов, сначала убедитесь в том, что выданное вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) направление на первый прием покрывает и последующие приемы специалиста или некоторых других поставщиков услуг.

В некоторых случаях вам, вашему представителю или вашему поставщику первичного медицинского обслуживания (PCP)/поставщику услуг может потребоваться получить предварительное разрешение от плана. Для получения информации о том, какие услуги требуют предварительного разрешения, см. раздел 2.1 главы 4.

Все медицинские группы и поставщики первичного медицинского обслуживания (PCP) направляют пациентов к определенным сотрудничающим с планом специалистам и в определенные больницы, сотрудничающие с ними. Это означает, что от выбранных вами медицинской группы и поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) может зависеть, к каким специалистам и в какие больницы вы можете обращаться. Если вы хотите лечиться у конкретных специалистов или в конкретных больницах, сначала выясните, сотрудничают ли с ними ваша медицинская группа и ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP). Как правило, вы можете сменить своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) в любое время, если вы захотите обратиться к сотрудничающему с планом специалисту или в больницу, для посещения которых ваш текущий PCP не может выдать направление. Информация о том, как сменить поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), содержится в разделе 2.1 «Смена поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)».

Примечание. Для посещения специалистов или других поставщиков услуг не всегда требуется направление, если они входят в ту же ассоциацию независимых практикующих врачей (IPA), что и ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP). Ассоциация IPA — это объединение врачей, в том числе поставщиков первичного медицинского обслуживания (PCP) и специалистов, а также прочих поставщиков медицинских услуг, включая больницы, которые заключили договор с планом на предоставление услуг участникам. Узнайте у своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), входит ли он в IPA, и нужно ли вам направление для посещения специалистов или других поставщиков услуг, входящих в ту же IPA.

### Специалист или другой сетевой поставщик услуг покидает наш план

В течение года мы можем вносить изменения в список больниц, врачей и специалистов (поставщиков услуг), которые работают с нашим планом страхования. Если ваш врач или специалист выходит из сети поставщиков услуг вашего плана страхования, у вас есть определенные права и средства защиты, которые описаны ниже:

- Хотя мы можем вносить изменения в список поставщиков услуг в течение года, по правилам Medicare мы обязаны обеспечить вам непрерывный доступ к квалифицированным врачам и специалистам.
- Мы уведомим вас о выходе поставщика услуг из сети нашего плана, чтобы у вас было время выбрать нового поставщика.
    - Если ваш поставщик первичного медицинского обслуживания или услуг в сфере психического здоровья покидает наш план, мы сообщим вам об этом, если вы обращались к этому поставщику в течение последних трех лет.

  - Если кто-либо из других ваших поставщиков услуг покинет наш план, мы уведомим вас, если вы закреплены за этим поставщиком, получаете от него обслуживание в настоящее время или посещали его в течение последних трех месяцев.

- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного сетевого поставщика услуг, к которому вы сможете обращаться для продолжения обслуживания.
- Если в настоящее время вы проходите лечение у вашего нынешнего поставщика по медицинским показаниям, вы имеете право требовать его непрерывности, при этом мы со своей стороны постараемся обеспечить его вам.
- Мы предоставим вам информацию о различных периодах регистрации, доступных для вас, и о возможных вариантах смены плана.
- Мы организуем предоставление любых необходимых по медицинским показаниям покрываемых услуг за пределами нашей сети поставщиков, но с участием расходов в рамках сети, если сетевой поставщик или услуги недоступны или недостаточны для удовлетворения ваших медицинских потребностей. Наш план должен подтвердить отсутствие доступных сетевых поставщиков услуг, а поставщик, не входящий в сеть, должен связаться с планом и запросить разрешение на получение вами услуг. В случае одобрения внесетевому поставщику услуг будет выдано разрешение на оказание услуг. Вы имеете право получать услуги от внесетевых поставщиков услуг в экстренных и неотложных случаях за пределами зоны обслуживания плана.
- Если вам станет известно, что ваш врач или специалист выходит из сети поставщиков услуг вашего плана страхования, обратитесь к нам, чтобы мы помогли вам найти нового поставщика услуг и организовать ваше медицинское обслуживание.
- Если вы считаете, что мы не предоставили вам квалифицированного поставщика услуг в качестве замены вашему предыдущему поставщику или что ваше медицинские обслуживание организовано ненадлежащим образом, вы имеете право подать жалобу на качество обслуживания в QIO, претензию на качество обслуживания в план страхования или и то, и другое. См. главу 9.

## Раздел 2.4 Как получить услуги внесетевых поставщиков услуг

Если вам необходимо медицинское обслуживание, покрываемое программой Medicare, а сетевой поставщик услуг не может его предоставить, вы можете получить обслуживание у поставщика, не входящего в сеть. Наш план должен подтвердить отсутствие доступных сетевых поставщиков услуг, а поставщик, не входящий в сеть, должен связаться с планом и запросить разрешение на получение вами услуг. В случае одобрения внесетевому поставщику услуг будет выдано разрешение на оказание услуг.

Вы имеете право получать услуги от внесетевых поставщиков услуг в экстренных и неотложных случаях за пределами зоны обслуживания плана. Кроме того, наш план

должен покрывать услуги диализа для участников с терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD), которые выехали за пределы зоны обслуживания плана и не имеют возможности получить доступ к сетевым поставщикам. Услуги ESRD должны быть получены в сертифицированном программой Medicare диализном центре.

# РАЗДЕЛ 3 Порядок получения услуг в экстренной ситуации, при необходимости неотложной медицинской помощи или в случае катастрофы

## Раздел 3.1 Получение экстренной медицинской помощи

### Что такое неотложное состояние и что делать при его наступлении?

**Неотложным** называется состояние, при котором вы или любой другой здравомыслящий человек, не являющийся медицинским специалистом и имеющий обычный уровень знаний о здоровье и медицине, предполагаете наличие у вас медицинских симптомов, которые требуют немедленного медицинского вмешательства для предотвращения смертельного исхода (потери плода при беременности), потери конечности или функции конечности, а также потери или серьезного нарушения функции организма. Такие медицинские симптомы могут включать заболевание, травму, сильную боль или быстро ухудшающееся состояние.

Если у вас возникло неотложное состояние:

- **Обратитесь за помощью как можно скорее.** Позвоните по номеру 911 для получения помощи либо обратитесь в ближайшее отделение неотложной помощи или в больницу. При необходимости вызовите скорую помощь. Вам *не требуется* предварительное разрешение или направление от поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Вам необязательно обращаться к сетевому врачу. Вы можете получить покрываемую экстренную медицинскую помощь при первой необходимости в любой точке США или их территорий, а также у любого поставщика услуг с соответствующей государственной лицензией, даже если он не входит в нашу сеть. План Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) обеспечивает страховое покрытие экстренной/неотложной помощи по всему миру.
- **Как можно скорее сообщите в наш план о вашем неотложном состоянии.** Мы должны быть осведомлены о полученной вами экстренной медицинской помощи. Вы или другой человек должны позвонить нам и сообщить о получении вами экстренной медицинской помощи (желательно в течение 48 часов). Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана или по номеру, указанному на обратной стороне вашей карты участника плана страхования.

### Что покрывается в случае неотложного состояния?

Наш план страхования покрывает услуги скорой помощи в тех случаях, когда все прочие способы добраться до отделения неотложной помощи представляют угрозу для вашего здоровья. Мы также покрываем медицинские услуги в экстренных ситуациях.

Решение о том, стабилизировалось ли ваше состояние и нуждаетесь ли вы по-прежнему в экстренной медицинской помощи, будут принимать врачи, оказывающие вам экстренную помощь.

После получения экстренной помощи вы имеете право на последующее наблюдение с целью убедиться, что ваше состояние остается стабильным. Важно, чтобы после получения экстренной помощи вы повторно обратились к своему поставщику первичного медицинского обслуживания в течение 5–7 дней. Вам позвонит сотрудник нашей группы медицинского обслуживания, чтобы помочь организовать необходимые повторные посещения и другие полезные услуги для восстановления. Ваши врачи продолжат предоставлять вам обслуживание, пока не свяжутся с нами и не составят план дополнительного лечения. Ваше последующее наблюдение будет покрыто нашим планом страхования. Если неотложная помощь оказывается внесетевым поставщиком услуг, мы постараемся организовать ваш переход для дальнейшего ухода к представленному в сети поставщику услуг, как только это позволят ваше состояние и обстоятельства.

### Что если состояние не является неотложным?

Иногда трудно установить, является ли ваше физическое состояние неотложным. Например, вы можете полагать, что ваше здоровье находится в серьезной опасности, и поэтому обратиться за экстренной медицинской помощью, но в итоге врач может сказать, что это состояние на самом деле не является неотложным. Если окажется, что ваше состояние не было неотложным, мы покроем ваше обслуживание при условии, что вы объективно полагали, что ваше здоровье было в серьезной опасности.

Тем не менее, если врач установит, что ваше состояние *не было* неотложным, мы покроем дополнительное медицинское обслуживание *только* в том случае, если вы получили его одним из следующих двух способов:

- Вы обращаетесь за дополнительным медицинским обслуживанием к сетевому поставщику услуг.
- – *или* – Получаемое вами дополнительное медицинское обслуживание относится к услугам неотложной медицинской помощи и при этом вы следуете правилам получения таких услуг (дополнительные сведения по этой теме см. в разделе 3.2 ниже).

## Раздел 3.2 Получение услуг, если вам требуется неотложная медицинская помощь

### Что понимается под услугами неотложной медицинской помощи?

Услуги неотложной медицинской помощи предоставляются в неэкстренных ситуациях, требующих немедленной медицинской помощи, однако, учитывая ваше состояние, получить их у сетевого поставщика услуг невозможно или нецелесообразно. План страхования должен покрывать услуги неотложной медицинской помощи, предоставляемые за пределами сети. К некоторым примерам услуг неотложной медицинской помощи относятся: i) сильная боль в горле, возникшая за выходные, или ii) непредвиденное обострение известного заболевания, когда вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания.

Если вам необходима неотложная медицинская помощь, вы можете в любое время обратиться к вашему поставщику первичного медицинского обслуживания (PCP). Для получения неотложной помощи вас могут направить в сетевой центр неотложной помощи. Список сетевых центров неотложной медицинской помощи см. в *Каталоге поставщиков услуг и аптек* или на нашем веб-сайте по адресу: www.wellcare.com/healthnetCA. Если услуги неотложной медицинской помощи предоставляются в кабинете врача, вы вносите доплату за прием; если же услуги неотложной помощи предоставляются в сетевом центре неотложной медицинской помощи или в клинике с приемом без записи, вы вносите доплату за посещение центра неотложной помощи, которая может быть иной. Сумму доплаты за услуги, предоставляемые в кабинете врача или сетевом центре неотложной медицинской помощи либо клинике с приемом без записи, см. в главе 4 *Таблица страхового покрытия (список покрываемых услуг)*.

Вы также можете в любое время обратиться на линию сестринских консультаций. Специалисты линии готовы ответить на ваши вопросы круглосуточно и без выходных. Дополнительную информацию о линии сестринских консультаций см. в разделе «Обучающие программы по охране здоровья и улучшению самочувствия» в главе 4 *Таблица страхового покрытия (список покрываемых услуг)* либо уточните в отделе обслуживания участников плана.

Наш план страхования покрывает услуги экстренной и неотложной медицинской помощи по всему миру за пределами США при соблюдении следующих условий. Однако Medicare не покрывает экстренную медицинскую помощь за пределами США.

- При выезде за пределы США вы получаете страховое покрытие на сумму до $50,000 в рамках страхового покрытия экстренной/неотложной помощи по всему миру. Расходы, превышающие эту сумму, *не покрываются*.
- Транспортировка в США из другой страны и лекарства, приобретенные за пределами США, *не покрываются*. Кроме того, при госпитализации в стационар участник *не освобождается* от участия в расходах на услуги отделения неотложной помощи.

- По возможности свяжитесь с нами в течение 48 часов, чтобы сообщить нам о посещении отделения неотложной помощи.

Дополнительную информацию см. в разделах «Экстренная медицинская помощь» и «Неотложная медицинская помощь» в таблице страхового покрытия в главе 4 настоящего документа либо уточните в отделе обслуживания участников плана.

### Раздел 3.3 Получение помощи в случае катастрофы

Если губернатор вашего штата, государственный секретарь США по вопросам здравоохранения и социального обеспечения либо президент США объявляют чрезвычайное положение или состояние катастрофы в вашем регионе, у вас остается право на медицинское обслуживание по вашему плану страхования.

Информация о том, как получить необходимую помощь в случае катастрофы, представлена на следующем веб-сайте: www.wellcare.com/healthnetCA.

Если в случае катастрофы вы не можете воспользоваться услугами сетевого поставщика услуг, план страхования допускает получение вами помощи у внесетевого поставщика услуг, при этом ваша доля участия в расходах будет соответствовать доле участия в расходах при обращении к сетевому поставщику. Если в случае катастрофы вы не можете воспользоваться услугами сетевой аптеки, вы можете получить рецептурные лекарственные препараты в аптеке, не входящей в нашу сеть. Более подробную информацию см. в разделе 2.5 главы 5.

## РАЗДЕЛ 4 Вы получили счет на оплату полной стоимости ваших услуг

### Раздел 4.1 Вы можете попросить нас оплатить покрываемые услуги

Если вы оплатили покрываемые услуги или получили счет за покрываемые медицинские услуги, изучите сведения о дальнейших действиях, приведенные в главе 7 (*Направление запроса на оплату счета, полученного вами за покрываемые медицинские услуги или лекарственные препараты*).

### Раздел 4.2 Что делать, если услуги не покрываются нашим планом страхования?

Наш план покрывает все услуги, необходимые по медицинским показаниям и представленные в таблице страхового покрытия в главе 4 настоящего документа. Если получаемые вами услуги не покрываются нашим планом страхования или

предоставляются внесетевыми поставщиками услуг без согласования с планом, вы обязаны оплатить полную стоимость услуг. Прежде чем оплачивать стоимость услуг, необходимо проверить, покрываются ли эти услуги программой California Medi-Cal (Medicaid).

Если на покрываемые услуги распространяется ограничение по объему страхового покрытия, вам также придется оплатить полную стоимость любых услуг, полученных по достижении предела ограничения для этого типа покрываемых услуг. Сумма, которую вы заплатите за расходы после достижения предела страхового покрытия, не будет засчитываться в максимальную сумму личных расходов. Например, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость услуг учреждения квалифицированного сестринского ухода, которые вы получаете после того, как оплата по нашему плану достигнет предела страхового покрытия. По достижении предела дополнительные платежи, произведенные вами за услугу, не засчитываются в ежегодную максимальную сумму личных расходов.

## РАЗДЕЛ 5 Каков порядок страхового покрытия полученных вами медицинских услуг, если вы участвуете в клиническом исследовании?

### Раздел 5.1 Что такое клиническое исследование?

Клиническое исследование (или *клиническое испытание*) — это процедура, посредством которой врачи и ученые исследуют новые виды лечения, например, проверяют эффективность нового лекарства для лечения рака. Некоторые клинические исследования одобрены программой Medicare. Обычно для участия в клиническом исследовании, одобренном Medicare, приглашаются добровольцы.

Когда программа Medicare одобрит исследование и вы выразите свой интерес, с вами свяжется лицо, участвующее в работе над исследованием, чтобы подробнее рассказать о нем и убедиться, что вы соответствуете требованиям, установленным учеными, проводящими исследование. Вы можете участвовать в исследовании в том случае, если соответствуете требованиям к участникам *и при этом* полностью понимаете и принимаете все аспекты вашего участия.

Если вы участвуете в исследовании, одобренном программой Medicare, Original Medicare оплачивает большую часть расходов на покрываемые услуги, получаемые вами в рамках исследования. Если вы сообщите нам о своем участии в соответствующем критериям клиническом исследовании, то вы несете ответственность только за долю участия в расходах, соответствующую доле участия в расходах при обращении к сетевому специалисту, за услуги в рамках этого исследования. Если вы заплатили больше, например, если вы уже оплатили долю участия в расходах согласно Original Medicare, мы возместим

вам разницу между оплаченной вами суммой и долей участия в расходах в рамках сети. Однако вам придется предоставить нам документы, подтверждающие оплаченную вами сумму. Принимая участие в клиническом исследовании, вы можете оставаться участником нашего плана страхования и продолжать получать прочее медицинское обслуживание (обслуживание, не связанное с исследованием) по нашему плану страхования.

Если вы захотите участвовать в любом одобренном программой Medicare клиническом исследовании, вам *не нужно* сообщать нам об этом или получать разрешение от нас или вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Поставщики услуг, обслуживающие вас в рамках клинического исследования, *не обязаны* входить в сеть поставщиков услуг нашего плана страхования. Обратите внимание, что сюда не входят услуги, за которые отвечает наш план и которые включают в себя клиническое испытание или реестр для оценки услуги. К ним относятся некоторые услуги, предусмотренные национальными процедурами определения покрытия (NCD) и испытаниями исследуемых изделий (IDE), на которые может распространяться требование предварительного разрешения и другие правила плана.

Вам не нужно получать разрешение от нашего плана страхования на участие в клиническом исследовании, покрываемом Original Medicare для участников программы Medicare Advantage; тем не менее мы рекомендуем вам заранее уведомлять нас о вашем решении принять участие в клинических исследованиях, одобренных Medicare.

Если вы участвуете в исследовании, которое *не одобрено* программой Medicare, *ответственность за оплату любых расходов, связанных с вашим участием в этом исследовании, будет лежать на вас*.

## Раздел 5.2 Кто оплачивает те или иные расходы, когда вы участвуете в клиническом исследовании?

Когда вы присоединяетесь к клиническому исследованию, одобренному программой Medicare, Original Medicare покрывает плановые услуги и материалы, которые вы получаете в рамках исследования, в том числе следующие:

- Услуги проживания и питания во время пребывания в больнице, которые оплачивались бы программой Medicare, даже если бы вы не участвовали в исследовании
- Операция или иная медицинская процедура, если она является частью исследования
- Лечение побочных эффектов и осложнений, связанных с новым видом терапии

После оплаты доли участия в расходах на эти услуги программой Medicare наш план страхования оплатит оставшуюся часть. Аналогично любым другим покрываемым услугам вам не придется ничего платить за покрываемые услуги, получаемые вами в рамках клинического исследования.

Когда вы участвуете в клиническом исследовании, **программа Medicare и наш план страхования не оплачивают следующее**:

- Как правило, программа Medicare *не оплачивает* новое изделие или услугу, которые служат предметом исследования, за исключением тех изделий или услуг, которые покрывались бы программой Medicare, даже если бы вы *не участвовали* в исследовании.
- Изделия или услуги, предоставляемые только для сбора данных, а не используемые непосредственно для вашего лечения. Например, программа Medicare не будет оплачивать ежемесячные процедуры компьютерной томографии, выполняемые в рамках исследования, если обычно ваше заболевание требует только однократного сканирования.

### Хотите узнать больше?

Для получения дополнительной информации об участии в клинических исследованиях посетите веб-сайт Medicare или изучите публикацию *Medicare and Clinical Research Studies*. (Публикация размещена по адресу: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) Кроме того, вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.

## РАЗДЕЛ 6 Правила получения услуг в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

### Раздел 6.1 Что такое религиозное немедицинское учреждение здравоохранения?

Религиозное немедицинское учреждение здравоохранения представляет собой учреждение, предоставляющее медицинский уход при состоянии, которое обычно лечится в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода. Если получение ухода в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода противоречит религиозным убеждениям участника плана страхования, мы вместо этого предоставим страховое покрытие ухода в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения. Данная услуга предоставляется только в рамках программы Part A — услуги в условиях стационара (немедицинские услуги).

## Раздел 6.2 Получение обслуживания в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

Для получения ухода в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения необходимо подписать юридический документ, в котором вы подтверждаете свое осознанное решение отказаться от получения **неисключенной** медицинской помощи.

- **Неисключенное** медицинское обслуживание или помощь — это любое медицинское обслуживание или лечение, которое является *добровольным* и *необязательным* согласно федеральному законодательству либо законодательству штата или региона.

- **Исключенная** медицинская помощь — это получаемое вами медицинское обслуживание или лечение, которое *не является* добровольным и *обязательно* согласно федеральному законодательству либо законодательству штата или региона.

Наш план покрывает уход в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения при соблюдении следующих условий:

- Учреждение, предоставляющее уход, должно быть сертифицировано Medicare.
- Покрытие оказываемых вам услуг в рамках нашего плана страхования ограничивается *нерелигиозными* аспектами ухода.
- Если вы получаете услуги такой организации, находясь в учреждении, действуют следующие условия:
  - При вашем состоянии здоровья вы могли бы получать покрываемые услуги в условиях стационара или в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
  - – *и* – вы должны получить предварительное разрешение нашего плана страхования, прежде чем вас примут в учреждение, иначе ваше пребывание там не будет покрываться.

Ваше пребывание в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения не покрывается нашим планом, если вы заранее не получите разрешение (одобрение) от нашего плана, и на него будут распространяться те же ограничения на покрытие, что и на стационарное лечение или услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода, которые вы получили бы в противном случае. Правила покрытия и дополнительная информация об участии в расходах и ограничениях на оплату стационарного лечения и квалифицированного ухода приведены в таблице страхового покрытия в главе 4.

# РАЗДЕЛ 7 Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования

## Раздел 7.1 Станете ли вы владельцем медицинского оборудования длительного пользования после совершения определенного количества платежей по нашему плану страхования?

К медицинскому оборудованию длительного пользования (DME) может относиться кислородное оборудование и принадлежности, инвалидные коляски, ходунки, системы ортопедических матрасов, костыли, принадлежности для лиц с сахарным диабетом, голосообразующие аппараты, насосы для внутривенной инфузии, небулайзеры и заказываемые поставщиком услуг больничные койки для использования на дому. Некоторые предметы будут всегда принадлежать участнику программы страхования, например, протезы. Данный раздел посвящен прочему медицинскому оборудованию длительного пользования (DME), которое вы должны брать в аренду.

Программа Original Medicare предусматривает переход в собственность участника определенных типов арендуемого медицинского оборудования длительного пользования (DME) после выплаты доплат за это изделие в течение 13 месяцев. Как участник нашего плана вы также можете стать владельцем некоторых видов оборудования длительного пользования (DME) после внесения доплаты за предмет в течение определенного количества месяцев. Ваши предыдущие платежи за предмет оборудования длительного пользования (DME), когда вы пользовались программой Original Medicare, не учитываются при оплате, которую вы производите, будучи участником нашего плана. Если вы приобрели право собственности на предмет оборудования длительного пользования (DME), будучи участником нашего плана, и оборудование требует обслуживания, то поставщик может выставить счет на оплату стоимости ремонта в рамках плана. Существуют также некоторые виды оборудования длительного пользования (DME), право собственности на которые вы не приобретете независимо от того, сколько платежей вы произвели за этот предмет, будучи участником нашего плана. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать о требованиях к аренде или владению оборудованием длительного пользования (DME) и о документах, которые необходимо предоставить.

### Что произойдет с вашими выплатами за медицинское оборудование длительного пользования, если вы перейдете в программу Original Medicare?

Если вы не получили медицинское оборудование длительного пользования (DME) в собственность, пока являлись участником нашего плана страхования, то после перехода в Original Medicare вы должны совершить 13 выплат подряд, чтобы стать владельцем этого предмета. Выплаты, совершенные в качестве участника плана страхования, не засчитываются.

Пример 1. Вы произвели 12 или менее выплат подряд за данный товар, покрываемый в рамках программы Original Medicare, а затем стали участником нашего плана. Выплаты, совершенные вами в рамках Original Medicare, не засчитываются. Вам придется совершить 13 выплат по нашему плану страхования, прежде чем вы станете владельцем предмета.

Пример 2. Вы произвели 12 или менее выплат подряд за данный товар, покрываемый в рамках программы Original Medicare, а затем стали участником нашего плана. Вы не получили право собственности будучи участником нашего плана страхования. Затем вы вернулись в Original Medicare. После повторной регистрации в Original Medicare вам придется совершить 13 новых выплат подряд, чтобы стать владельцем предмета. Все предыдущие выплаты (по нашему плану страхования или по программе Original Medicare) не засчитываются.

## Раздел 7.2 Правила покрытия кислородного оборудования, принадлежностей и технического обслуживания

### На какое страховое покрытие оборудования для кислородной терапии вы можете претендовать?

Если вы имеете право на страховое покрытие оборудования для кислородной терапии в рамках программы Medicare, план страхования Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) покроет следующее:

- Аренда кислородного оборудования
- Поставка кислорода и смесей с содержанием кислорода
- Трубки и соответствующие принадлежности для подачи кислорода и смесей с содержанием кислорода
- Техническое обслуживание и ремонт кислородного оборудования

Если вы покинете план страхования Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) или больше не будете нуждаться в оборудовании для кислородной терапии по медицинским показаниям, вы обязаны вернуть оборудование.

### Что произойдет, если вы покинете текущий план страхования и вернетесь в Original Medicare?

В соответствии с правилами программы Original Medicare поставщик оборудования для кислородной терапии обязан предоставлять вам услуги в течение пяти лет. В течение первых 36 месяцев вы арендуете оборудование. В течение оставшихся 24 месяцев поставщик предоставляет вам оборудование и услуги по его техническому обслуживанию (вы по-прежнему должны вносить доплаты за кислород). Через пять лет вы можете выбрать, хотите ли вы остаться с той же компанией или перейти в другую. На этом этапе пятилетний цикл обнуляется, даже если вы остаетесь с той же компанией, в соответствии с чем вы обязаны вносить доплаты на протяжении первых 36 месяцев. При вступлении в наш план страхования или выходе из него пятилетний цикл обнуляется.

# ГЛАВА 4.

## *Таблица страхового покрытия (список покрываемых услуг)*

## РАЗДЕЛ 1 Объяснение покрываемых услуг

В настоящей главе представлена таблица страхового покрытия, в которой перечислены покрываемые услуги, доступные вам как участнику нашего плана. Далее в этой главе приводятся сведения о медицинских услугах, не покрываемых программой страхования. Здесь также перечислены ограничения, действующие для определенных услуг.

### Раздел 1.1 Вы ничего не платите за покрываемые услуги

Поскольку вы получаете помощь от программы California Medi-Cal (Medicaid), вы ничего не платите за покрываемые услуги, до тех пор, пока соблюдаете правила получения обслуживания в рамках планов. (Для получения более подробной информации о правилах получения обслуживания в рамках планов см. главу 3.)

### Раздел 1.2 Какую максимальную сумму вам придется заплатить за покрываемые медицинские услуги в рамках программы Medicare Part A и Part B?

**Примечание.** Поскольку участники нашего плана страхования также получают финансовую поддержку от Medicaid, они очень редко достигают максимальной суммы личных расходов. Вы не обязаны оплачивать какие-либо личные расходы в счет максимальной суммы личных расходов за услуги, покрываемые в рамках программы Part A и Part B.

Поскольку вы являетесь участником плана Medicare Advantage, для вас установлена предельная сумма ежегодных личных расходов на медицинские услуги, покрываемые программой Medicare Part A и Part B. Данная предельная сумма называется максимальной суммой личных расходов (MOOP), выплачиваемой за медицинские услуги.
В 2024 календарном году эта сумма составляет $8,850.

Суммы, которые вы платите в качестве доплаты и дополнительного взноса за покрываемые услуги, идут в счет данной максимальной суммы личных расходов. Суммы, которые вы платите за рецептурные лекарственные препараты по программе Part D, не идут в счет максимальной суммы личных расходов. Кроме того, в счет максимальной суммы личных расходов также не идут суммы, которые вы платите за некоторые услуги. В таблице страхового покрытия такие услуги отмечены звездочкой (*). В случае достижения максимальной суммы личных расходов, равной $8,850, вам не придется оплачивать какие-либо покрываемые услуги по программе Part A и Part B из личных средств до конца года. Тем не менее вы должны продолжать платить страховой взнос в рамках программы Medicare Part B (если только ваш страховой взнос по программе Part B не оплачивается программой California Medi-Cal (Medicaid) или другой третьей стороной).

# РАЗДЕЛ 2 Использование *таблицы страхового покрытия* для поиска информации о доступных вам покрываемых услугах

## Раздел 2.1 Медицинские услуги, доступные вам как участнику плана страхования

В таблице страхового покрытия на следующих страницах перечислены услуги, покрываемые в рамках нашего плана. Страховое покрытие рецептурных лекарственных препаратов по программе Part D описано в главе 5. Услуги, приведенные в таблице страхового покрытия, покрываются только при условии выполнения следующих требований в отношении страхового покрытия:

- Услуги, покрываемые программой Medicare, должны быть предоставлены вам в соответствии с принципами предоставления страхового покрытия Medicare.
- Услуги (включая медицинскую помощь, услуги, принадлежности, оборудование и рецептурные лекарственные препараты по программе Part B) *должны быть* необходимы по медицинским показаниям. «По медицинским показаниям» означает, что услуги, принадлежности или лекарственные препараты необходимы вам для профилактики, диагностики или лечения вашего заболевания и при этом соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики.
- Вы получаете медицинскую помощь у сетевого поставщика услуг. Как правило, медицинская помощь, полученная у внесетевого поставщика услуг, не покрывается (исключение составляют услуги экстренной и неотложной медицинской помощи, а также наличие направления от плана страхования или сетевого поставщика услуг). Это означает, что вам потребуется полностью оплатить услуги, полученные от поставщика.
- У вас есть поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP), который предоставляет вам медицинскую помощь и координирует ее получение у других специалистов. В большинстве случаев ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) должен выдать вам предварительное разрешение, с которым можно обращаться к другим поставщикам услуг, представленным в сети плана страхования. Это разрешение называется «направлением».
- Некоторые услуги, перечисленные в таблице страхового покрытия, покрываются *только* в том случае, если ваш врач или другой сетевой поставщик услуг получает от нас предварительное одобрение на их получение (другое название — «предварительное разрешение»). Покрываемые услуги, требующие предварительного разрешения, выделены курсивом в таблице страхового покрытия.

Что еще нужно знать о нашем страховом покрытии:

- Ваше медицинское обслуживание покрывается как программой Medicare, так и программой California Medi-Cal (Medicaid). Программа Medicare покрывает расходы на медицинское обслуживание и рецептурные лекарственные препараты. Программа Medicaid покрывает вашу долю участия в расходах на оплату услуг по программе Medicare, включая не покрываемые страховкой минимумы в рамках Medicare и суммы доплаты или дополнительного взноса за стационарные и амбулаторные больничные услуги и приемы у врача. Программа California Medi-Cal (Medicaid) также покрывает услуги, которые не покрывает Medicare, например, долгосрочный уход, некоторые безрецептурные лекарства, а также услуги на дому и по месту жительства.
- Аналогично всем остальным планам медицинского страхования в рамках Medicare, мы покрываем все услуги, покрываемые программой Original Medicare. (Если вы хотите узнать больше о страховом покрытии и расходах в рамках Original Medicare, изучите справочник Medicare & You 2024. Найдите этот документ онлайн на веб-сайте www.medicare.gov или запросите экземпляр, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.)
- Стоимость всех профилактических услуг, покрываемая программой Original Medicare, также покрывается нами.
- Если программа Medicare вводит дополнительное страховое покрытие для любых новых услуг в течение 2024 года, данные услуги будут покрываться программой Medicare или нашим планом страхования.
- Полный список покрываемых программой Medicaid услуг представлен в Кратком описании страхового покрытия. Если вы не получили Краткое описание страхового покрытия, позвоните в отдел обслуживания участников плана и попросите выслать вам копию. Ваша доля расходов на услуги, покрываемые в рамках Medicaid, зависит от вашего уровня соответствия условиям Medicaid.
- В течение предусмотренного нашим планом периода продолжительностью 6 месяцев, когда вы считаетесь все еще имеющим право на участие плане страхования, мы продолжим предоставлять все услуги Medicare, покрываемые планом Medicare Advantage. Однако в этот период план Medicare Advantage не несет ответственности за покрытие любых услуг по программе California Medi-Cal (Medicaid), которые включены в план Medicaid штата. Доли участия в расходах по основным и дополнительным услугам, покрываемым программой Medicare, остаются без изменений в течение этого периода. Оплачиваемая вами сумма зависит от вашего уровня страхового покрытия по программе Medicaid.

Услуги, приведенные в таблице страхового покрытия, покрываются только при условии выполнения вышеуказанных требований в отношении страхового покрытия.

Важная информация о покрываемых услугах для всех участников, вступивших в Программу по оздоровлению и планированию медицинского обслуживания (WHP)

- Поскольку наш план участвует в программе ценностно-ориентированного страхования, вы будете иметь право на получение следующих услуг по программе WHP, включая услуги по заблаговременному планированию медицинского ухода (ACP):
  - Если в будущем вы не сможете самостоятельно принимать решения о своем медицинском обслуживании, медицинские специалисты могут проследить за тем, чтобы ваши пожелания были выполнены. В рамках заблаговременного планирования медицинского ухода проводятся беседы и принимаются решения о том, какой уход вы хотели бы получить в будущем.
  - Мы поможем вам подготовить необходимые формы, чтобы предоставить какому-либо лицу законные полномочия принимать за вас медицинские решения, если вы утратите способность принимать их самостоятельно.
- Вы можете в любое время получить помощь с заблаговременным планированием медицинского ухода, обратившись в наш план.
- Участие в программах WHP и ACP является добровольным. У вас есть право отказаться от участия в них.

Важная информация о покрываемых услугах для участников, имеющих право на получение помощи в рамках программы «Extra Help»:

- Если вы получаете помощь по программе «Extra Help» для оплаты расходов на рецептурные лекарственные препараты в рамках Medicare, таких как страховые взносы, не покрываемые страховкой минимумы и дополнительные взносы, вы можете иметь право на другие целевые дополнительные услуги и/или целевое сокращение доли участия в расходах.
- Более подробная информация приведена в таблице страхового покрытия в главе 4.
- Участники программы имеют право на отказ от участия в расходах на лекарства по программе Part D. Более подробную информацию см. в главе 6.

Программа Medicare одобрила предоставление данных услуг планом Health Net Community Solutions, Inc. в рамках программы ценностно-ориентированного страхования. Эта программа позволяет Medicare испытать новые способы усовершенствования планов Medicare Advantage.

Профилактические услуги отмечены в таблице страхового покрытия изображением яблока.

### Таблица страхового покрытия

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Полный список покрываемых программой Medicaid услуг представлен в Кратком описании страхового покрытия. Если вы не получили Краткое описание страхового покрытия, позвоните в отдел обслуживания участников плана и попросите выслать вам копию. Ваша доля расходов на услуги, покрываемые в рамках Medicaid, зависит от вашего уровня соответствия условиям Medicaid. Для определения уровня участия в расходах обратитесь в представительство Medicaid вашего штата.** | |
| **Скрининг аневризмы брюшной аорты**<br>Один ультразвуковой скрининг для лиц из группы риска. План покрывает этот скрининг, только если у вас имеются определенные факторы риска и если вы получите направление на него от лечащего врача, помощника врача, квалифицированной медсестры или клинической медсестры, имеющей высшее сестринское образование. | Для участников программы страхования, имеющих право на такой профилактический скрининг, не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |
| **Иглотерапия для лечения хронической поясничной боли**<br>Покрываемые услуги:<br>Участникам программы Medicare покрывается до 12 сеансов в течение 90 дней при следующих обстоятельствах:<br>В рамках данной услуги хроническая боль в пояснице определяется следующим образом:<br>• состояние наблюдается в течение 12 недель или более;<br>• состояние имеет общий характер — не может быть выявлена системная причина (т. е. состояние не связано с метастатическим или воспалительным процессом и инфекционным заболеванием и т. д.);<br>• состояние не связано с хирургическим вмешательством; а также | Доплата $0 за сеанс иглотерапии у поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), покрываемый программой Medicare.<br>Доплата $0 за сеанс иглотерапии у профильного специалиста, покрываемый программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • состояние не связано с беременностью.<br><br>Для пациентов, у которых будет наблюдаться улучшение, будет покрыта стоимость еще восьми сеансов. Ежегодно можно проводить не более 20 процедур иглотерапии.<br>Лечение должно быть прекращено, если состояние пациента не улучшается/ухудшается.<br>Требования к поставщику услуг:<br>Врачи (в соответствии с определением в пункте 1861(r)(1) Федерального закона о социальном обеспечении (далее — «Федеральный закон»)) могут предоставлять услуги иглотерапии в соответствии с применимыми требованиями штата.<br>Помощники врача (PA), квалифицированные медсестры (NP)/клинические медсестры-специалисты (CNS) (в соответствии с определениями в пункте 1861(aa)(5) Федерального закона) и вспомогательный персонал могут предоставлять услуги иглотерапии, если они отвечают всем применимым требованиям штата и имеют следующее:<br>• степень магистра или доктора в области иглотерапии или Восточной медицины в школе, аккредитованной Комиссией аккредитации для иглоукалывания и восточной медицины (ACAOM); и<br>• актуальная, полная, действующая и неограниченная лицензия на осуществление иглотерапии в штате, территории или Содружестве (например, Puerto Rico) Соединенных Штатов или District of Columbia.<br>Предоставление услуг иглотерапии вспомогательным персоналом должно проводиться под соответствующим надзором врача, PA или NP/CNS, как того требуют положения Раздела 42 CFR, параграфы 410.26 и 410.27. | Доплата $0 за сеанс иглотерапии у мануального терапевта, покрываемый программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Наш план также покрывает дополнительные (не покрываемые программой Medicare) услуги мануальной терапии в количестве до 24 сеансов в год.** В большинстве случаев для получения покрываемых услуг вам необходимо обращаться к поставщикам услуг, заключившим договор с нами. Если у вас возникли вопросы относительно получения этих услуг, обратитесь в наш план страхования.<br>К покрываемым планом страхования услугам иглотерапии относятся:<br>• Осмотр нового пациента или осмотр постоянного пациента для первоначальной оценки состояния пациента с новой проблемой со здоровьем или новым обострением<br>• Осмотр постоянных пациентов (в течение 3 лет после нового осмотра)<br>• Последующие приемы — могут включать услуги иглотерапии или повторный осмотр<br>• Независимое заключение другого сотрудничающего с планом поставщика услуг<br>• Услуги неотложной и экстренной помощи<br>Для получения формы страхового требования, дополнительной информации или помощи в поиске сетевого поставщика услуг вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана или посетить наш веб-сайт по адресу: www.wellcare.com/healthnetCA. | Доплата $0 за каждый дополнительный (не покрываемый программой Medicare) сеанс иглотерапии*.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Услуги скорой помощи**<br>Покрываемые услуги скорой помощи (как в экстренных, так и в неэкстренных ситуациях) включают услуги доставки самолетом, вертолетом и машиной скорой помощи в ближайшее подходящее учреждение, в котором может быть предоставлено медицинское обслуживание, только если эти услуги доставки предоставляются участнику программы страхования, состояние здоровья которого не позволяет безопасно транспортировать его с использованием других видов транспорта, либо если для этих услуг получено разрешение плана страхования. Если покрываемые услуги скорой помощи не являются экстренными, необходимо документально подтвердить, что состояние здоровья участника программы страхования не позволяет безопасно транспортировать его с использованием других видов транспорта и при этом транспортировка скорой помощью необходима по медицинским показаниям. | Доплата $0 за каждую поездку в одну сторону в рамках услуг наземной транспортировки скорой помощью, покрываемых программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение для услуг транспортировки самолетом и услуг неэкстренной транспортировки.*<br>Доплата $0 за каждую поездку в одну сторону в рамках услуг транспортировки скорой помощью по воздуху, покрываемых программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение для услуг транспортировки самолетом и услуг неэкстренной транспортировки.*<br>Вы не освобождаетесь от участия в расходах при госпитализации в стационар. |
| **Ежегодный плановый медицинский осмотр**<br>Ежегодный медицинский осмотр включает в себя обследование сердца, легких, брюшной полости и нервной системы, а также мануальный осмотр тела (например, головы, шеи и конечностей) и подробный медицинский/семейный анамнез, в дополнение к услугам, включенным в ежегодный профилактический прием. | Доплата $0 за ежегодный плановый медицинский осмотр*. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Ежегодный профилактический прием**<br>Если вы являетесь участником программы Part B более 12 месяцев, вы можете прийти на ежегодный профилактический прием для составления или обновления индивидуального плана профилактики с учетом вашего текущего состояния здоровья и факторов риска. Эта услуга покрывается один раз в 12 месяцев.<br>**Примечание.** Ваш первый ежегодный профилактический прием состоится не ранее чем через 12 месяцев после профилактического приема «Добро пожаловать в Medicare». Однако если вы являетесь участником программы Part B в течение 12 месяцев, профилактический прием «Добро пожаловать в Medicare» необязателен для прохождения ежегодных профилактических приемов. | Для прохождения ежегодного профилактического приема не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |
| **Измерение костной массы**<br>Для отвечающих требованиям лиц (как правило, это лица с повышенным риском потери костной массы или остеопороза) каждые 24 месяца или чаще, если это необходимо по медицинским показаниям, покрываются следующие услуги: процедуры по определению костной массы, выявлению потери костной массы или определению состояния костной ткани, включая интерпретацию результатов исследований лечащим врачом. | Для услуги измерения костной массы, покрываемой по программе Medicare, не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |
| **Скрининг рака молочной железы (маммография)**<br>Покрываемые услуги:<br>• Одна базисная маммография в возрасте от 35 до 39 лет<br>• Одна скрининговая маммография каждые 12 месяцев для женщин в возрасте 40 лет и старше<br>• Клиническое обследование молочной железы однократно каждые 24 месяца | Для покрываемой услуги скрининговой маммографии не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется заплатить за эти услуги |
|---|---|
| • Одна диагностическая маммография по медицинским показаниям | Доплата $0 за одну диагностическую маммограмму, необходимую по медицинским показаниям.<br>Может требоваться предварительное разрешение. |
| **Услуги кардиологической реабилитации**<br>Комплексные программы услуг по кардиологической реабилитации, включающие физические нагрузки, обучение и консультации, покрываются для участников программы страхования, отвечающих определенным требованиям, и по предписанию врача.<br><br>План также покрывает интенсивные программы кардиологической реабилитации, которые обычно являются более насыщенными или напряженными, чем обычные программы кардиологической реабилитации. | Доплата $0 за услуги кардиологической реабилитации, покрываемые программой Medicare.<br><br>Доплата $0 за услуги интенсивной кардиологической реабилитации, покрываемые программой Medicare. |
| **Прием с целью снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (лечение сердечно-сосудистого заболевания)**<br>Мы покрываем одно посещение вашего основного лечащего врача в год с целью снижения риска развития у вас сердечно-сосудистых заболеваний. В ходе такого посещения ваш врач может обсудить с вами использование аспирина (в применимых случаях), проверить ваше артериальное давление и дать рекомендации по здоровому питанию. | Для услуги интенсивной поведенческой терапии в рамках профилактики сердечно-сосудистых заболеваний не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |
| **Тестирование на наличие сердечно-сосудистых заболеваний**<br>Анализы крови для выявления сердечно-сосудистых заболеваний (или патологий, связанных с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний) проводятся один раз каждые 5 лет (60 месяцев). | Для тестирования на наличие сердечно-сосудистых заболеваний, проводящегося один раз каждые 5 лет, не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Скрининг рака шейки матки и влагалища**<br>Покрываемые услуги:<br>• Для всех женщин: цитологические мазки и обследования тазовых органов покрываются один раз каждые 24 месяца<br>• Если у вас высокий риск заболевания раком шейки матки или влагалища или вы находитесь в репродуктивном возрасте и за последние 3 года у вас были обнаружены патологические изменения в цитологических мазках: один цитологический мазок каждые 12 месяцев | Для профилактических цитологических мазков и обследований тазовых органов, покрываемых по программе Medicare, не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |
| **Услуги мануальной терапии**<br>Покрываемые услуги:<br>• Манипуляции с позвоночником с целью исправления подвывихов<br>**Наш план также покрывает дополнительные (не покрываемые программой Medicare) услуги мануальной терапии в количестве до 24 сеансов в год.**<br>Дополнительные (не покрываемые программой Medicare) услуги мануальной терапии для поддержки спины, шеи или суставов рук и ног предоставляются только по медицинским показаниям.<br>К покрываемым планом страхования услугам мануальной терапии относятся:<br>• Первичный осмотр (нового или постоянного пациента для первоначальной оценки новой проблемы со здоровьем или нового обострения.)<br>• Повторные осмотры (осмотры постоянных пациентов, когда это необходимо для оценки прогресса или изменения лечения), манипуляции с позвоночником или суставами и/или другие услуги (эти услуги могут быть предоставлены в тот же день, что и осмотр) | Доплата $0 за услуги мануальной терапии, покрываемые программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.*<br>Доплата $0 за каждый дополнительный (не покрываемый программой Medicare) сеанс мануальной терапии*.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Рентгенография и лабораторные услуги, если они предоставляются мануальным терапевтом или по его направлению. За услуги рентгенографии и лабораторные услуги, предоставляемые вне рамок посещения нового или постоянного пациента, взимается индивидуальная доплата.<br><br>Для получения формы страхового требования, дополнительной информации или помощи в поиске сетевого поставщика услуг вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана или посетить наш веб-сайт по адресу: www.wellcare.com/healthnetCA.<br>**Примечание.** Покрытие плановых услуг мануального терапевта является дополнительной услугой, предлагаемой планом. Ни Medicare, ни Medicaid не будут оплачивать вашу долю расходов на эти услуги. | |
| **Скрининг рака толстого кишечника и прямой кишки**<br><br>Покрываются следующие скрининговые исследования:<br>• Колоноскопия не имеет ограничений по минимальному или максимальному возрасту и покрывается однократно каждые 120 месяцев (10 лет) для пациентов с невысоким риском или через 48 месяцев после предыдущей гибкой сигмоидоскопии для пациентов с невысоким риском развития рака толстого кишечника и прямой кишки, а также однократно каждые 24 месяца для пациентов с высоким риском после предыдущей скрининговой колоноскопии или бариевой клизмы.<br>• Гибкая сигмоидоскопия для пациентов в возрасте от 45 лет. Однократно каждые 120 месяцев для пациентов с невысоким риском после скрининговой колоноскопии. Однократно каждые 48 месяцев для пациентов с высоким риском после предыдущей гибкой сигмоидоскопии или бариевой клизмы.<br>• Скрининговые исследования кала на скрытую кровь для пациентов в возрасте от 45 лет. Однократно каждые 12 месяцев. | Для скрининга рака толстого кишечника и прямой кишки, покрываемого по программе Medicare, за исключением бариевых клизм, к которым применяется дополнительный взнос, не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. Если во время колоноскопии или гибкой сигмоидоскопии врач обнаружит и удалит полип или другую ткань, скрининговое исследование становится диагностическим, и ваша доплата за услуги врача составляет $0. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Многоцелевой анализ ДНК кала для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям высокого риска. Однократно каждые 3 года.<br>• Тесты на биомаркеры в крови для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям высокого риска. Однократно каждые 3 года. | При амбулаторном лечении в больнице ваша доплата также составляет $0. Не покрываемый страховкой минимум по программе Part B не применяется. |
| • Бариевая клизма как альтернатива колоноскопии для пациентов с высоким риском через 24 месяца с момента последней скрининговой бариевой клизмы или последней скрининговой колоноскопии.<br>• Бариевая клизма как альтернатива гибкой сигмоидоскопии для пациентов с невысоким риском и в возрасте от 45 лет. Однократно не менее чем через 48 месяцев после последней скрининговой бариевой клизмы или скрининговой гибкой сигмоидоскопии.<br>• Скрининговые исследования рака толстого кишечника и прямой кишки включают последующую скрининговую колоноскопию после того, как покрываемое Medicare неинвазивное скрининговое исследование на рак толстого кишечника и прямой кишки, основанное на исследовании стула, дает положительный результат. | Доплата $0 за бариевые клизмы, покрываемые программой Medicare. |
| **Стоматологические услуги**<br>Как правило, Original Medicare не покрывает профилактические стоматологические услуги (включая чистку, плановые стоматологические осмотры и рентгенологическое обследование зубов). Однако в настоящее время программа Medicare оплачивает стоматологические услуги в ограниченном числе случаев, в частности, когда эти услуги являются неотъемлемой частью специфического лечения основного заболевания участника. В качестве примеров можно привести реконструкцию челюсти после перелома или травмы, удаление зубов при подготовке к лучевой терапии челюсти при раке, а также осмотр полости рта перед трансплантацией почки. Кроме того, мы покрываем следующие услуги: | Доплата $0 за каждую стоматологическую услугу, покрываемую программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| <u>**Дополнительные услуги**</u><br>• **Комплексное стоматологическое обслуживание**. К покрываемым услугам относятся следующие:<br>○ Восстановительные процедуры — установка коронки на один и тот же зуб покрывается однократно каждые пять календарных лет.<br>○ Ортопедическая стоматология — покрываемые услуги включают перебазировку зубного протеза однократно для каждого зубного ряда каждые два календарных года. Установка мостовидного протеза на один и тот же зуб покрывается однократно каждые пять календарных лет.<br><br>Действуют ограничения и исключения. Перед получением услуг участникам программы рекомендуется обсудить варианты лечения с поставщиком плановых стоматологических услуг, участвующим в программе. Лечение должно быть начато и завершено в рамках действия страхового покрытия в течение страхового года. Стоимость стоматологических услуг, не покрываемых планом, оплачивает сам участник.<br>**Дополнительные (т. е. не покрываемые программой Medicare плановые) стоматологические услуги должны быть получены у участвующего в программе поставщика, чтобы обеспечить страховое покрытие. С вопросами о том, как найти поставщика услуг или подать страховое требование, или за дополнительной информацией обращайтесь в отдел обслуживания участников плана. Дополнительная информация о страховом покрытии стоматологических услуг, включая подробный перечень покрываемых процедур, исключений и ограничений, также доступна на нашем веб-сайте.** | <u>**Дополнительные услуги**</u><br>**Комплексное стоматологическое обслуживание**<br>Доплата $0 за каждую восстановительную процедуру*.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.*<br>Доплата $0 за каждую ортопедическую стоматологическую услугу*.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| Посетите веб-сайт www.wellcare.com/healthnetCA, нажмите кнопку «Shop for Plans» (Выбрать план) в верхней части веб-страницы, после чего выберите пункт «Plan Benefit Materials» (Материалы плана страхования). Выберите пункт «Evidence of Coverage (EOC)» (Документ об объеме страховой ответственности страховщика). Найдите в списке план Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), чтобы найти подробную информацию о стоматологических услугах по этому плану.<br>**Примечание.** Покрытие плановых стоматологических услуг является дополнительной услугой, предлагаемой планом. Ни Medicare, ни Medicaid не будут оплачивать вашу долю расходов на эти услуги.<br>Участники программы Medicaid также могут иметь право на дополнительное страховое покрытие этих дополнительных стоматологических услуг штатом. Перед получением стоматологических услуг узнайте у поставщика, может ли он выставить счет Medicaid в качестве вторичного плательщика. Обязательно предъявите поставщику карту участника программы Medicaid. | |
| **Скрининг депрессии**<br>Мы покрываем один скрининг депрессии в год. Скрининг должен проводиться в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи, которое может предоставить вам последующее лечение и/или направления. | Для ежегодного посещения с целью скрининга депрессии не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |
| **Скрининг сахарного диабета**<br>Мы покрываем данный скрининг (включая анализ крови на глюкозу натощак), если у вас имеются какие-либо из следующих факторов риска: высокое артериальное давление (гипертония), аномальные уровни холестерина и триглицеридов в анамнезе (дислипидемия), ожирение или повышенный уровень сахара (глюкозы) в крови в анамнезе. Анализы также могут покрываться, если вы соответствуете другим требованиям, например, если у вас избыточный вес и отягощенный по диабету семейный анамнез.<br>В зависимости от результатов этих анализов вы можете иметь право пройти не более двух скринингов сахарного диабета каждые 12 месяцев. | Для скрининговых обследований на выявление сахарного диабета, покрываемых по программе Medicare, не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Обучение самостоятельному контролю самочувствия при сахарном диабете, услуги и принадлежности для лиц с сахарным диабетом**<br>Для всех лиц с сахарным диабетом (как принимающих, так и не принимающих инсулин). Покрываемые услуги:<br>• Материалы для контроля уровня глюкозы в крови: глюкометр, тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови, ланцеты и ланцетные устройства, а также контрольные растворы глюкозы для проверки точности тест-полосок и глюкометров. | Доплата $0 за материалы для контроля состояния при диабете, покрываемые программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| • Для больных сахарным диабетом с выраженным синдромом диабетической стопы: одна пара ортопедической обуви по слепку стопы (включая предоставляемые с такой обувью стельки) и две дополнительные пары стелек или одна пара закрытой обуви повышенной глубины и три пары стелек (не включая стандартные съемные стельки, предоставляемые с такой обувью) на каждый календарный год. Страховое покрытие включает подгонку по индивидуальным параметрам. | Доплата $0 за покрываемые программой Medicare ортопедическую обувь или стельки для лиц с сахарным диабетом и тяжелой степенью диабетического заболевания стоп.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| • Обучение самостоятельному контролю самочувствия при сахарном диабете покрывается при определенных условиях.<br>Рекомендуемыми товарами для применения при сахарном диабете (глюкометры и тест-полоски) является продукция OneTouch™ компании Lifescan. Для получения дополнительной информации о товарах, входящих в список рекомендуемых товаров для применения при сахарном диабете, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.<br>Если вы пользуетесь товарами для применения при сахарном диабете, которые не рекомендованы планом, обратитесь к своему поставщику услуг, чтобы получить новый рецепт или запросить предварительное разрешение на использование непредпочтительного глюкометра и тест-полосок. | Доплата $0 за обучение самостоятельному уходу при сахарном диабете, покрываемое программой Medicare. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие принадлежности**<br>(Определение медицинского оборудования длительного пользования приведено в главе 12, а также разделе 7 главы 3 настоящего документа.)<br>Покрывается в том числе следующее: инвалидные коляски, костыли, системы ортопедических матрасов, принадлежности для лиц с сахарным диабетом, заказываемые поставщиком медицинских услуг больничные койки для использования на дому, насосы для внутривенной инфузии, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование, небулайзеры и ходунки. | Доплата $0 за покрываемое программой Medicare медицинское оборудование длительного пользования.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.*<br>Доплата $0 за медицинские принадлежности, покрываемые программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| Мы покрываем все медицинское оборудование длительного пользования (DME), необходимое по медицинским показаниям и покрываемое программой Original Medicare. Если наш поставщик оборудования в вашем регионе не поставляет изделия определенной торговой марки или производителя, вы можете попросить его сделать для вас специальный заказ.<br>Наиболее актуальный список поставщиков доступен на нашем веб-сайте по адресу www.wellcare.com/healthnetCA. | Ваша доплата в рамках участия в расходах на покрытие кислородного оборудования по программе Medicare составляет $0 каждые 36 месяцев.<br>Доля вашего участия в расходах не изменится после 36 месяцев участия в программе.<br>Если до вступления в наш план вы в течение 36 месяцев оплачивали аренду кислородного оборудования, то ваша доплата в рамках участия в расходах в нашем плане составляет $0. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Экстренная медицинская помощь**<br>К экстренной медицинской помощи относятся услуги, которые соответствуют следующим критериям:<br>• Предоставляются поставщиком услуг, компетентным предоставлять услуги экстренной медицинской помощи, и<br>• Необходимы для оценки или стабилизации неотложного медицинского состояния.<br>Неотложным называется состояние, при котором вы или любой другой здравомыслящий человек, не являющийся медицинским специалистом и имеющий обычный уровень знаний о здоровье и медицине, предполагаете наличие у вас медицинских симптомов, которые требуют немедленного медицинского вмешательства для предотвращения смертельного исхода (потери плода при беременности), потери конечности или функции конечности. Такие медицинские симптомы могут включать заболевание, травму, сильную боль или быстро ухудшающееся состояние.<br><br>Доля участия в расходах на необходимые услуги экстренной медицинской помощи, оказываемые внесетевыми поставщиками, равняется доле участия в расходах на такие же услуги, предоставляемые внутри сети. | Доплата $0 за посещения отделения неотложной помощи, покрываемые программой Medicare.<br>Если вы получили экстренную помощь в больнице, не принадлежащей к сети, и после стабилизации вашего неотложного состояния нуждаетесь в стационарном лечении, вы должны вернуться в сетевую больницу, чтобы ваше лечение было покрыто, или получить подтверждение со стороны плана на прохождение стационарного лечения во внесетевой больнице,<br><br>при этом сумма ваших расходов будет равняться сумме участия в расходах, которую вы заплатили бы в сетевой больнице. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| Покрываются услуги экстренной медицинской помощи за пределами США. | Доплата $100 за услуги экстренной медицинской помощи, получаемые за пределами США*.<br>Вы оплачиваете эту сумму, даже если в течение 24 часов вас госпитализируют в больницу по поводу того же состояния.<br>Для вас предусмотрено страховое покрытие на сумму до $50,000 ежегодно в случае получения неотложной или экстренной медицинской помощи за пределами США. |
| **Обучающие программы по охране здоровья и улучшению самочувствия**<br><br>**Линия сестринских консультаций**<br>Бесплатные советы по телефону и консультации квалифицированных медицинских сестер. Линия сестринских консультаций работает круглосуточно и доступна для получения помощи по вопросам, связанным со здоровьем. Вы можете позвонить на линию сестринских консультаций по номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте участника, или позвонить в отдел обслуживания участников плана для перевода на линию сестринских консультаций. | Доплата $0 за пользование линией сестринских консультаций*. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется заплатить за эти услуги |
|---|---|
| **Страховое покрытие фитнес-услуг**<br>Наш план предусматривает участие в гибкой фитнес-программе с ежемесячным начислением кредитных единиц, которые можно использовать в различных крупных тренажерных залах или местных фитнес-студиях.<br>Ежемесячно вы можете использовать 32 кредитных единицы. Кредитные единицы могут быть использованы для оплаты месячного абонемента в тренажерный зал с неограниченным количеством посещений и/или занятий в фитнес-студии, принадлежностей для занятий на дому и видеоуроков. Неиспользованные кредитные единицы, начисленные в данном месяце, не переносятся на следующий месяц.<br>Для получения дополнительной информации об абонементе в фитнес-центр позвоните в отдел обслуживания участников плана или посетите наш веб-сайт по адресу www.wellcare.com/healthnetCA. | Доплата $0 за страховое покрытие фитнес-услуг*. |
| **Персональная система экстренного реагирования (PERS)**<br>Покрытие одного персонального устройства экстренного реагирования в течение всего срока участия в программе и ежемесячной платы. Персональное устройство экстренного реагирования обеспечивает душевное спокойствие, предоставляя возможность круглосуточного реагирования в экстренных и неэкстренных ситуациях.<br>Участники могут выбрать традиционную «проводную» систему PERS, подключаемую через стационарный телефон, или беспроводную систему. Для проводных систем требуется наличие стационарного телефона.<br>Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников плана. | Доплата $0 за персональную систему экстренного реагирования (PERS)/ систему медицинского оповещения*. |
| **Сурдологические услуги**<br>Диагностические обследования слуха и равновесия, проводящиеся вашим поставщиком услуг, чтобы определить, нуждаетесь ли вы в медицинской помощи, покрываются как амбулаторные услуги, если они предоставляются лечащим врачом, аудиологом или другим квалифицированным поставщиком услуг. | Доплата $0 за каждую проверку слуха, покрываемую программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Наш план также покрывает следующие дополнительные (плановые) сурдологические услуги:** | **Дополнительные (плановые) сурдологические услуги:** |
| • 1 плановая проверка слуха ежегодно. | Доплата $0 за 1 плановую проверку слуха ежегодно*.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| • 1 подгонка/заключение о необходимости ношения слухового аппарата ежегодно. | Доплата $0 за 1 подгонку/заключение о необходимости ношения слухового аппарата ежегодно*.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| • 1 неимплантируемый слуховой аппарат (для каждого уха; до $1,000) ежегодно. Не более 2 неимплантируемых слуховых аппарата ежегодно. Покрытие включает 1 год стандартной гарантии и 1 комплект батареек. | Доплата $0 за 2 слуховых аппарата ежегодно*.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| Все расходы на слуховые аппараты, превышающие указанную выше максимальную покрываемую сумму, оплачиваются вами. Дополнительные слуховые аппараты не покрываются.<br>**Плановые сурдологические услуги должны быть получены у участвующего в программе поставщика, чтобы обеспечить страховое покрытие.**<br>Для получения дополнительной информации о вашем поставщике слуховых аппаратов, контактных данных и доступных услугах позвоните в отдел обслуживания участников плана или посетите наш веб-сайт по адресу www.wellcare.com/healthnetCA<br>**Примечание.** Покрытие плановых сурдологических услуг является дополнительной услугой, предлагаемой планом. Ни Medicare, ни Medicaid не будут оплачивать вашу долю расходов на эти услуги. | |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Скрининг на ВИЧ**<br>Для лиц, желающих пройти скрининговое обследование на ВИЧ или имеющих повышенный риск заболевания ВИЧ, мы покрываем следующие услуги:<br>• Одно скрининговое обследование каждые 12 месяцев<br>Для беременных женщин мы покрываем следующие услуги:<br>• До трех скрининговых обследований в течение беременности | Для участников программы страхования, имеющих право на профилактический скрининг ВИЧ, покрываемый по программе Medicare, не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |
| **Услуги агентств по медицинскому обслуживанию на дому**<br>Перед получением вами услуг по уходу на дому врач должен подтвердить, что вы нуждаетесь в услугах по уходу на дому, и заказать предоставление таких услуг соответствующим агентством. Вы должны быть прикованы к дому, т. е. выход из дома должен представлять для вас значительное затруднение.<br>К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее:<br>• Услуги квалифицированного сестринского ухода на неполный день или время от времени, а также услуги медицинской сиделки на дому (для покрытия в рамках услуги по уходу на дому услуги квалифицированного сестринского ухода и медицинской сиделки на дому совокупно должны составлять менее 8 часов в день и 35 часов в неделю)<br>• Физиотерапия, трудовая терапия и логопедическая терапия<br>• Медико-социальные услуги<br>• Медицинское оборудование и принадлежности | Доплата $0 за каждую покрываемую программой Medicare услугу агентств по медицинскому обслуживанию на дому. *Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Инфузионная терапия на дому (HIT)**<br>Инфузионная терапия на дому подразумевает внутривенное или подкожное введение лекарств или биологических препаратов человеку на дому. Компоненты, необходимые для проведения инфузионной терапии на дому, включают лекарственный препарат (например, противовирусные средства, иммуноглобулин), оборудование (например, насос) и принадлежности (например, трубки и катетеры).<br>К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее:<br>• Профессиональные услуги, включая услуги медсестры, предоставляемые в соответствии с вашим планом медицинского обслуживания<br>• Обучение и тренинги для пациентов, не покрываемые иным образом в рамках страхового покрытия медицинского оборудования длительного пользования<br>• Удаленный мониторинг<br>• Услуги по контролю процедуры инфузионной терапии на дому и поставки соответствующих препаратов квалифицированным специалистом по инфузионной терапии на дому | Доплата $0 за профессиональные услуги поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), включая подготовку и обучение медсестер, дистанционное наблюдение и услуги мониторинга.<br>Доплата $0 за профессиональные услуги специалиста, включая подготовку и обучение медсестер, дистанционное наблюдение и услуги мониторинга.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.*<br><br>Оборудование и принадлежности для инфузионной терапии на дому покрываются в рамках страхового покрытия оборудования длительного пользования (DME). Информацию об участии в расходах см. в разделе «Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие принадлежности».<br><br>Препараты для инфузионной терапии на дому покрываются в рамках программы Medicare Part B с покрытием рецептурных лекарственных препаратов. Информацию об участии в расходах см. в разделе «Лекарства по рецепту, покрываемые программой Medicare Part B». |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Услуги хосписа**<br>Вы имеете право на услуги хосписа после того, как ваш лечащий врач и главный врач хосписа вынесут заключение о том, что вы неизлечимо больны и при обычном течении болезни проживете не более 6 месяцев. Вы можете получить уход в рамках любой программы хосписного ухода, сертифицированной Medicare. Ваш план страхования обязан помочь вам найти сертифицированные Medicare программы хосписного ухода в зоне обслуживания плана, включая те, которыми владеет, управляет или в которых имеет финансовый интерес организация, предоставляющая план MA. Ваш врач в хосписе может быть как сетевым, так и внесетевым поставщиком услуг.<br>Покрываемые услуги:<br>• Лекарственные препараты для устранения симптомов и облегчения боли<br>• Услуги краткосрочного ухода на время отсутствия ухаживающего лица<br>• Уход на дому<br>Услуги хосписа и услуги, покрываемые в рамках программы Medicare Part A или Part B, в связи с терминальной стадией неизлечимого заболевания: услуги хосписа в связи с терминальной стадией неизлечимого заболевания покрывает Original Medicare (а не наш план страхования). В период вашего участия в программе хосписного ухода ваш поставщик услуг хосписа будет выставлять Original Medicare счета на оплату услуг, покрываемых Original Medicare. Вам будет выставлен счет на участие в расходах по программе Original Medicare.<br>Услуги, покрываемые в рамках программы Medicare Part A или Part B и не связанные с терминальной стадией неизлечимого заболевания: если вы нуждаетесь в услугах, которые не являются экстренными или неотложными, покрываются в рамках программы Medicare Part A или Part B и не связаны с терминальной стадией неизлечимого заболевания, стоимость данных услуг для вас зависит от того, входит ли ваш поставщик услуг в сеть нашего плана и соблюдаете ли вы правила плана (например, при наличии требования получить предварительное разрешение). | Если вы вступаете в программу хосписного ухода, сертифицированную Medicare, ваши услуги хосписа и услуги в рамках программы Part A и Part B, связанные с терминальной стадией неизлечимого заболевания, покрывает Original Medicare, а не наш план.<br>В отношении услуг консультирования в рамках ухода за неизлечимыми больными может применяться участие в расходах на услуги врача. Информацию об участии в расходах см. в разделе «Услуги врача/квалифицированного специалиста» данной таблицы. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Если вы получаете покрываемые услуги у сетевого поставщика услуг и следуете правилам плана при получении услуги, вы оплачиваете только долю участия в расходах по плану за услуги поставщиков услуг, представленных в сети<br>• Если вы получаете покрываемые услуги у внесетевого поставщика услуг, вы оплачиваете долю участия в расходах в рамках Medicare для оплаты услуг (Original Medicare)<br>Услуги, покрываемые нашим планом, но не покрываемые в рамках программы Medicare Part A или B: наш план будет по-прежнему покрывать услуги, покрываемые планом, но не покрываемые в рамках программы Part A или B, вне зависимости от их связи с терминальной стадией неизлечимого заболевания. Вы платите за эти услуги вашу долю участия в расходах согласно вашему плану.<br>Лекарственные препараты, которые могут покрываться в рамках программы Part D: если эти препараты не связаны с терминальной стадией неизлечимого заболевания, вы оплачиваете долю участия в расходах. Если они связаны с терминальной стадией неизлечимого заболевания, то вы оплачиваете долю участия в расходах по программе Original Medicare. Лекарственные препараты никогда не покрываются одновременно хосписом и нашим планом страхования. Более подробную информацию см. в разделе 9.4 главы 5 *Пребывание в хосписе, сертифицированном Medicare*.<br>**Примечание.** Если вам нужен уход, не связанный с пребыванием в хосписе (уход, не связанный с терминальной стадией неизлечимого заболевания), обратитесь к нам для организации получения соответствующих услуг.<br>Наш план страхования покрывает услуги консультирования в рамках ухода за неизлечимыми больными (только один раз) для лиц, находящихся в терминальной стадии неизлечимой болезни, которые не воспользовались страховым покрытием хосписного ухода. | |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Прививки**<br>Услуги, покрываемые в рамках программы Medicare Part B, включают следующее:<br>• Вакцина против пневмонии<br>• Прививки от гриппа, проводящиеся один раз в сезон эпидемии гриппа осенью и зимой, а также дополнительные прививки от гриппа при наличии медицинских показаний<br>• Прививка от гепатита B, если у вас повышенный или промежуточный риск заражения гепатитом B<br>• Прививка от COVID-19<br>• Другие вакцины, если они удовлетворяют правилам покрытия Medicare Part B и если вы находитесь в группе риска<br>Мы также покрываем ряд вакцин в рамках страхового покрытия рецептурных лекарственных препаратов по программе Part D. Наш план покрывает большинство вакцин по программе Part D для взрослых участников в возрасте 19 лет и старше. | Для прививок от пневмонии, гриппа, гепатита B и COVID-19 не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.<br>Для других вакцин, покрываемых Medicare (если вы находитесь в группе риска и они соответствуют правилам покрытия Medicare Part B), обратитесь к разделу «Лекарства по рецепту, покрываемые программой Medicare Part B» данной таблицы, чтобы узнать о применимом участии в расходах.<br>*Для покрытия некоторых лекарственных препаратов по программе Part B требуется предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Услуги поддержки на дому**<br>Если вы соответствуете определенным клиническим критериям, мы предлагаем вам услуги поддержки на дому, включая уборку, выполнение домашних дел и приготовление пищи, а также помощь с выполнением повседневных действий. Услуги должны быть рекомендованы или запрошены лицензированным клиническим специалистом или поставщиком услуг, сотрудничающим с планом. При этом вы можете участвовать в программе управления медицинским обслуживанием либо пройти медицинскую оценку, которую выполняет координатор медицинского обслуживания.<br>Для получения услуг требуется документальное подтверждение наличия одного из следующих критериев:<br>• Диагностированная болезнь Альцгеймера/другие виды деменции<br>• Операции по протезированию суставов<br>• Восстановление после падения<br>• Ампутация конечности<br>• Операции по поводу катаракты и других заболеваний глаз/операции на сетчатке<br>• Прогрессирующие сердечно-легочные заболевания<br>• Инсульт<br>• Передвижение со вспомогательным устройством<br>• Нарушения зрения<br>• Частые госпитализации<br>• Частые обращения в отделение неотложной помощи<br>• Период после операции у участников с хроническими заболеваниями, в том числе с одним из следующих: сахарный диабет, ХОБЛ, застойная сердечная недостаточность (CHF), инфекция мочевыводящих путей (UTI), почечная недостаточность, рак или психическое заболевание<br>Услуги предоставляются в рамках сеансов длительностью 4 часа (не более 12 сеансов в год). Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников плана. | Доплата $0 за каждое посещение в рамках услуг поддержки на дому*. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Стационарное лечение в больнице**<br>Сюда относится стационарное лечение при острых состояниях, реабилитация в условиях стационара, долгосрочный больничный уход и другие виды медицинских услуг в условиях стационара. Стационарное лечение в больнице начинается со дня вашего официального поступления в больницу по указанию врача. Последним днем вашего пребывания в стационаре является день, предшествующий дате выписки.<br>Для вас покрывается пребывание в стационаре больницы, покрываемое Medicare, в количестве 90 дней.<br>К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее:<br>• Пребывание в двухместной палате (или одноместной палате, если это необходимо по медицинским показаниям)<br>• Питание, включая особые диеты<br>• Услуги регулярного сестринского ухода<br>• Расходы на пребывание в отделении особого ухода (например, в отделении интенсивной терапии или отделении кардиореанимации)<br>• Лекарственные препараты и медикаменты<br>• Лабораторные анализы<br>• Рентгеновские обследования и другие виды лучевой диагностики<br>• Необходимые хирургические и медицинские принадлежности<br>• Использование оборудования, например, инвалидных колясок<br>• Стоимость пребывания в операционной и послеоперационной палате<br>• Физиотерапия, трудовая терапия и логопедическая терапия | При покрываемом программой Medicare пребывании в учреждении за каждое пребывание: Доплата $0 за каждое пребывание в стационаре.<br>Доплата за резервные дни в течение всего срока участия в программе составляет $0.<br>Резервные дни в течение всего срока участия — это дополнительные дни, которые оплачиваются планом, если участники находятся в больнице больше, чем количество дней, покрываемых планом. В общей сложности участникам плана доступно 60 резервных дней, которые могут быть использованы в течение всего срока участия.<br>Если вы получаете одобренное стационарное лечение в больнице, не входящей в сеть плана, после стабилизации вашего состояния, требующего экстренной медицинской помощи, ваши расходы будут равны расходам, которые вы бы заплатили в сетевой больнице.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Стационарное лечение алкогольной и наркотической зависимости<br>• В некоторых случаях покрываются следующие типы трансплантатов: роговица, почка, почка/поджелудочная железа, сердце, печень, легкое, сердце/легкое, костный мозг, стволовые клетки и кишечник/мультивисцеральный трансплантат. Если вам необходима трансплантация, мы организуем рассмотрение вашего случая в одобренном Medicare центре трансплантации, который примет решение о внесении вас в список кандидатов на трансплантацию. Поставщики трансплантатов могут быть местными или находиться за пределами зоны обслуживания. Если наши сетевые услуги по трансплантации предоставляются за пределами схемы обслуживания вашего района, вы можете получить их по месту проживания при условии, что местные поставщики услуг трансплантации примут ставку оплаты Original Medicare. Если наш план предоставляет услуги трансплантации в местности, находящейся за пределами схемы оказания услуг трансплантации в вашем районе, и вы выберете получение трансплантата в такой отдаленной местности, мы организуем или оплатим соответствующее проживание и дорогу для вас и сопровождающего вас лица.<br>• Кровь, включая хранение и переливание. Покрытие услуг по переливанию цельной крови и эритроцитов начинается только с четвертой пинты крови, перелитой вам. Все остальные компоненты крови покрываются, начиная с первой перелитой пинты.<br>• Услуги врача-терапевта<br>**Примечание.** Чтобы вы считались стационарным пациентом, ваш поставщик услуг должен выдать письменное распоряжение об официальном принятии вас в больницу в качестве стационарного пациента. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом, обратитесь к персоналу больницы. | Участие в расходах начинается с первого дня поступления в учреждение и не включает дату выписки. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| Дополнительную информацию можно найти в информационном бюллетене Medicare под названием *«Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!» (Вы стационарный или амбулаторный пациент больницы? Узнайте ответ на этот вопрос для участников программы Medicare!)*. Этот информационный бюллетень можно получить на веб-сайте https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf или позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. Звонки по этим номерам бесплатны и принимаются круглосуточно и без выходных. | |
| **Стационарные услуги в психиатрической больнице**<br>Покрываемые услуги включают услуги в сфере психического здоровья, которые требуют пребывания в стационаре.<br>Вам предоставляется покрытие в объеме 90 дней за каждое покрываемое программой Medicare пребывание.<br>На стационарные услуги в сфере психического здоровья, предоставляемые в психиатрической больнице, действует пожизненный лимит в 190 дней. Лимит в 190 дней не применяется в отношении стационарных услуг в сфере психического здоровья, предоставленных в психиатрическом отделении больницы общего профиля. Если вы использовали часть пожизненного лимита в 190 дней по программе Medicare до вступления в наш план, то вы сможете получить только оставшуюся часть вашего лимита. | При покрываемом программой Medicare пребывании в учреждении за каждое пребывание:<br>Доплата $0 за каждое пребывание в психиатрической больнице.<br>Доплата за резервные дни в течение всего срока участия в программе составляет $0. Резервные дни в течение всего срока участия — это дополнительные дни, которые оплачиваются планом, если участники находятся в больнице больше, чем количество дней, покрываемых планом. В общей сложности участникам плана доступно 60 резервных дней, которые могут быть использованы в течение всего срока участия.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| | Если вы получаете одобренное стационарное лечение в больнице, не входящей в сеть плана, после стабилизации вашего состояния, требующего экстренной медицинской помощи, ваши расходы будут равны расходам, которые вы бы заплатили в сетевой больнице. |
| **Пребывание в стационаре: покрываемые услуги, полученные в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF) в течение непокрываемого пребывания в стационаре**<br>Мы не покрываем ваше пребывание в стационаре, если вы исчерпали объем ваших покрываемых услуг стационарного лечения или если пребывание в стационаре не представляется обоснованным и необходимым. Однако в некоторых случаях мы будем оплачивать определенные услуги, которые вы получите во время пребывания в стационаре или учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF). К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее:<br>• Услуги врача-терапевта<br>• Диагностические тесты (например, лабораторные анализы)<br>• Лучевая, радиевая и изотопная терапия, включая услуги лаборанта, оборудование и расходные материалы<br>• Перевязочные материалы<br>• Шины, иммобилизующие аппараты и другие устройства для лечения переломов и вывихов | Перечисленные услуги будут по-прежнему покрываться с учетом сумм участия в расходах, указанных в таблице страхового покрытия для конкретной услуги. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Протезы и ортопедические изделия (кроме стоматологических), полностью или частично заменяющие внутренний орган (включая пограничную ткань) или полностью или частично выполняющие функции недействующего или плохо функционирующего внутреннего органа, включая замену или ремонт таких устройств<br>• Ортезы для ног, рук, спины и шеи; бандажи; искусственные руки, ноги и глаза, включая их подгонку, ремонт и замену, необходимые в связи с их поломкой, износом, утратой или в случае изменения физического состояния пациента<br>• Физиотерапия, логопедическая терапия и трудовая терапия | |
| **Питание**<br>**Питание после стабилизации острого состояния**<br>• Для участников плана после выписки из стационарного учреждения (больницы, учреждения квалифицированного сестринского ухода или стационарного центра реабилитации) план предусматривает бесплатное питание в объеме не более 3 порций в день в течение 14 дней, всего 42 порции. Вы можете выбрать свежезамороженное питание, долгохранящееся питание или набор питательных коктейлей. Вы можете выбрать доставку набора продуктов питания и коктейлей в пределах общего ограничения по вашему страховому покрытию (максимум один набор коктейлей за раз). | Доплата $0 за каждый прием пищи или коктейль после стабилизации острого состояния, покрываемые планом*.<br>*Может требоваться направление.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется заплатить за эти услуги |
|---|---|
| **Лечебное питание**<br>Данная услуга предоставляется по назначению врача и предназначена для лиц с сахарным диабетом, заболеваниями почек (не проходящих диализ) или после трансплантации почки.<br>Мы покрываем 3 часа услуг индивидуального консультирования во время первого года получения вами диетотерапии в рамках программы Medicare (сюда относится наш план, любой другой план Medicare Advantage или программа Original Medicare), а также 2 часа в каждом последующем году. Если ваше состояние, лечение или диагноз изменились, вы можете получить больше часов лечения по заявке вашего врача. Врач должен назначать данные услуги и возобновлять назначение ежегодно, если вам будет необходимо лечение в следующем календарном году. | Для услуг диетотерапии, покрываемых по программе Medicare, не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |
| **Программа профилактики сахарного диабета Medicare (MDPP)**<br>Услуги по программе MDPP покрываются для отвечающих требованиям участников программы Medicare в рамках всех планов медицинского страхования Medicare.<br>Программа MDPP — это структурированное медицинское вмешательство с целью изменения поведения, которое предусматривает практическое обучение долгосрочному изменению рациона, увеличение физических нагрузок и стратегии решения задач для преодоления трудностей, связанных с поддержанием оптимального веса и ведением здорового образа жизни. | Для страхового покрытия программы MDPP не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Лекарства по рецепту, покрываемые программой Medicare Part B**<br>Эти лекарственные препараты покрываются в рамках программы Original Medicare Part B. Участники нашего плана страхования получают покрытие таких лекарственных препаратов через наш план. Покрываемые лекарственные препараты включают:<br>• Лекарственные препараты, которые пациенты в обычных условиях не принимают самостоятельно и которые вводятся инъекционно или внутривенно во время получения вами услуг у лечащего врача, в амбулаторном отделении больницы или амбулаторном хирургическом центре<br>• Инсулин, поставляемый с помощью оборудования длительного пользования (например, инсулиновой помпы по медицинским показаниям)<br>• Прочие лекарственные препараты, которые вы принимаете с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, небулайзера) и для которых получено разрешение плана страхования<br>• Факторы свертывания, которые вы применяете самостоятельно в виде инъекций при наличии у вас гемофилии<br>• Иммунодепрессивные лекарственные препараты, если вы присоединились к Medicare Part A во время трансплантации органа<br>• Инъекционные препараты против остеопороза, если вы не можете покинуть дом, у вас перелом кости, который врач оценил как связанный с постменопаузальным остеопорозом, и вы не можете самостоятельно вводить лекарственный препарат | К некоторым лекарствам может применяться требование поэтапного лечения.<br>Доплата $0 за препараты инсулина по программе Medicare Part B.<br>Доплата $0 за прочие лекарственные препараты по программе Part B, покрываемые программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.*<br><br>Доля расходов на инсулин ограничена верхним пределом доплаты в $35 за месячный запас инсулина. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Антигены<br>• Определенные противораковые препараты и противорвотные препараты, применяемые перорально<br>• Определенные лекарственные препараты для диализа в домашних условиях, включая гепарин, антидот для гепарина (когда это необходимо по медицинским показаниям), местные анестетики и стимуляторы эритропоэза (такие как Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® или Darbepoetin Alfa)<br>• Внутривенный иммуноглобулин для лечения первичных иммунодефицитных заболеваний на дому<br>По следующей ссылке вы можете ознакомиться со списком лекарств по программе Part B, на которые может распространяться требование поэтапного лечения: https://wellcare.healthnetcalifornia.com/plan-benefit-materials.html.<br>Мы также покрываем ряд вакцин в рамках страхового покрытия рецептурных лекарственных препаратов по программе Part B и Part D.<br>В главе 5 объясняется содержание страхового покрытия рецептурных лекарственных препаратов по программе Part D, включая правила, которые вы должны соблюдать для гарантии покрытия препаратов по рецепту. Ваши расходы на рецептурные лекарственные препараты по программе Part D в рамках нашего плана страхования описаны в главе 6. | Доплата $0 за лекарственные препараты для химиотерапии по программе Part B, покрываемые программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Консультации нутрициолога/диетолога**<br>Мы покрываем консультации дипломированного диетолога или нутрициолога по предписанию врача, направленные на изменение вашего поведения с целью улучшения состояния вашего здоровья. Консультации нутрициолога обеспечивают поддержку в определении приоритетов, постановке целей и составлении персонализированных планов действий, которые способствуют принятию ответственности за заботу о себе.<br>Вы можете получить эти дополнительные услуги по телефону или через Интернет с помощью приложения Teladoc, предоставляющего виртуальные приемы в рамках нашего плана. Для получения дополнительной информации или записи на прием звоните в Teladoc по номеру 1-800-835-2362 (TTY: 711) круглосуточно и без выходных. | Доплата $0 за каждую индивидуальную консультацию нутрициолога/диетолога*. |
| **Скрининг ожирения и терапия для устойчивого снижения веса**<br>Если ваш индекс массы тела равен 30 и более, страховое покрытие включает услугу интенсивного консультирования, направленного на помощь в снижении веса. Данное консультирование покрывается, если вы получаете эту услугу в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи, где ее оказание может быть согласовано с вашим комплексным планом профилактических мер. Дополнительные сведения вы можете получить у своего основного лечащего врача или квалифицированного специалиста. | Для профилактического скрининга ожирения и соответствующей терапии не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Услуги в рамках программы лечения зависимости от опиоидов**<br>Участники нашего плана страхования с расстройствами, вызванными употреблением опиоидов (OUD), могут получать покрытие услуг по лечению таких расстройств в рамках Программы лечения зависимости от опиоидов (OTP), которая подразумевает следующие услуги:<br>• Одобренные Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA) лекарственные препараты на основе агонистов и антагонистов опиоидов в рамках заместительной терапии (MAT)<br>• Выдача и введение препаратов для MAT (если применимо)<br>• Консультирование по поводу алкогольной и наркотической зависимости<br>• Индивидуальная и групповая терапия<br>• Токсикологический анализ<br>• Процедуры при поступлении<br>• Регулярные обследования | Доплата $0 за каждую услугу по лечению от опиоидной зависимости, покрываемую программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| **Амбулаторные диагностические обследования, терапевтические услуги и материалы**<br>К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее:<br>• Рентгенография | Доплата $0 за рентгенографические исследования, покрываемые программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Лучевая (радиевая и изотопная) терапия, включая услуги лаборанта, оборудование и расходные материалы | Доплата $0 за процедуры лучевой терапии, покрываемые программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| • Хирургические принадлежности, такие как перевязочные средства<br>• Шины, иммобилизующие аппараты и другие устройства для лечения переломов и вывихов | Доплата $0 за покрываемые программой Medicare медицинские принадлежности, включая шины и иммобилизующие аппараты.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| • Лабораторные анализы | Доплата $0 за каждую лабораторную услугу, покрываемую программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| • Кровь, включая хранение и переливание. Покрытие услуг по переливанию цельной крови и эритроцитов начинается только с четвертой пинты крови, перелитой вам. Все остальные компоненты крови покрываются, начиная с первой перелитой пинты. | Доплата $0 за услуги переливания крови, покрываемые программой Medicare. |
| • Другие амбулаторные диагностические обследования: услуги нелучевой диагностики (например, аллергические пробы или ЭКГ). | Доплата $0 за покрываемые программой Medicare диагностические процедуры и тесты (например, аллергические пробы или ЭКГ).<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Другие амбулаторные диагностические обследования (включая комплексные обследования, такие как КТ, МРТ, МРА, ОФЭКТ): услуги лучевой диагностики, за исключением рентгенографии на плоской пленке | Доплата $0 за услуги лучевой диагностики, покрываемые программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.*<br><br>Если вы получаете несколько услуг одной и той же категории в один и тот же день в одном и том же учреждении, вы будете обязаны оплатить максимальную сумму доплаты за эту категорию услуг в таком учреждении.<br>Однако, если страховое покрытие одной услуги подразумевает доплату (фиксированную сумму в долларах), в то время как покрытие другой услуги — дополнительный взнос (процент от допустимой стоимости), вас, возможно, попросят оплатить как доплату, так и дополнительный взнос. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Услуги амбулаторного наблюдения**<br>Услуги наблюдения — это услуги, предоставляемые в амбулаторном отделении больницы для определения необходимости вашей госпитализации или выписки.<br>Услуги амбулаторного наблюдения в больнице покрываются только в том случае, если они отвечают критериям Medicare и признаны обоснованными и необходимыми. Услуги наблюдения покрываются только тогда, когда они назначены лечащим врачом или другим лицом, которому в соответствии с законодательством штата о лицензировании и правилами внутреннего распорядка для персонала больницы разрешено принимать пациентов, поступающих в больницу, или назначать проведение амбулаторных исследований.<br>**Примечание.** Если поставщик не предоставил письменное распоряжение о помещении вас в больницу в качестве стационарного пациента, вы являетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете расходы на амбулаторные больничные услуги. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, являетесь ли вы амбулаторным пациентом, обратитесь к персоналу больницы.<br>Дополнительную информацию можно найти в информационном бюллетене Medicare под названием *«Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare–Ask!» (Являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом? Если вы участник Medicare — спросите!)*. Этот информационный бюллетень можно получить на веб-сайте https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf или позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. Звонки по этим номерам бесплатны и принимаются круглосуточно и без выходных. | Доплата $0 за каждый прием в рамках наблюдения, покрываемый программой Medicare.<br>Дополнительные расходы взимаются за рецептурные препараты по программе Medicare Part B. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Услуги амбулаторного отделения больницы**<br>Мы покрываем услуги, которые вы получаете в амбулаторном отделении больницы по медицинским показаниям для диагностики или лечения заболевания или травмы.<br>К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее:<br>• Услуги, предоставляемые в отделении неотложной помощи или амбулаторной клинике, например, услуги наблюдения, амбулаторная хирургия<br>• Лабораторные анализы и диагностические тесты, за которые больницей выставлен счет<br>• Услуги в сфере психического здоровья, включая обслуживание по программе частичной госпитализации, если врач подтверждает, что при отсутствии такого лечения пациенту потребовалась бы госпитализация<br>• Рентгенография и лучевая диагностика, за которые больницей выставлен счет<br>• Медицинские принадлежности, в частности, шины и иммобилизующие аппараты<br>• Определенные лекарства и биологические препараты, которые вы не можете принимать самостоятельно<br>**Примечание.** Если поставщик не предоставил письменное распоряжение о помещении вас в больницу в качестве стационарного пациента, вы являетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете расходы на амбулаторные больничные услуги. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, являетесь ли вы амбулаторным пациентом, обратитесь к персоналу больницы. | Вы оплачиваете соответствующие суммы участия в расходах, указанные в данной таблице страхового покрытия для конкретной услуги.<br>Если вы получаете несколько услуг одной и той же категории в один и тот же день в одном и том же учреждении, вы будете обязаны оплатить максимальную сумму доплаты за эту категорию услуг в таком учреждении.<br>Однако, если страховое покрытие одной услуги подразумевает доплату (фиксированную сумму в долларах), в то время как покрытие другой услуги — дополнительный взнос (процент от допустимой стоимости), вас, возможно, попросят оплатить как доплату, так и дополнительный взнос. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| Дополнительную информацию можно найти в информационном бюллетене Medicare под названием *«Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare–Ask!» (Являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом? Если вы участник Medicare — спросите!).* Этот информационный бюллетень можно получить на веб-сайте https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf или позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. Звонки по этим номерам бесплатны и принимаются круглосуточно и без выходных. | |
| **Амбулаторные услуги в сфере психического здоровья**<br>Покрываемые услуги:<br>Услуги психиатрического лечения, предоставляемые имеющим лицензию штата психиатром или врачом, клиническим психологом, клиническим социальным работником, клинической медсестрой-специалистом, лицензированным консультантом-специалистом (LPC), лицензированным психотерапевтом в области брака и семейных отношений (LMFT), квалифицированной медсестрой (NP), помощником врача (PA) или другим специалистом в сфере охраны психического здоровья, квалифицированным Medicare, если это разрешено соответствующим законодательством штата. | |
| • Услуги, предоставляемые психиатром | Доплата $0 за каждый покрываемый программой Medicare индивидуальный сеанс психотерапии с участием психиатра.<br><br>Доплата $0 за каждый покрываемый программой Medicare групповой сеанс психотерапии с участием психиатра.<br><br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Услуги, предоставляемые другими поставщиками услуг в сфере психического здоровья | Доплата $0 за каждый покрываемый программой Medicare индивидуальный сеанс психотерапии с участием других поставщиков услуг в сфере психического здоровья.<br>Доплата $0 за каждый покрываемый программой Medicare групповой сеанс психотерапии с участием других поставщиков услуг в сфере психического здоровья.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| **Амбулаторные услуги по реабилитации**<br>Покрываемые услуги включают физиотерапию, трудовую терапию и логопедическую терапию.<br>Амбулаторные услуги по реабилитации предоставляются в различных амбулаторных учреждениях, таких как амбулаторные отделения больниц, независимые терапевтические кабинеты и центры комплексной амбулаторной реабилитации (CORF). | |
| • Услуги, предоставляемые физиотерапевтом | Доплата $0 за каждый сеанс физиотерапии, покрываемый программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| • Услуги, предоставляемые специалистом по трудовой терапии | Доплата $0 за каждый сеанс трудовой терапии, покрываемый программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Услуги, предоставляемые логопедом | Доплата $0 за каждый сеанс логопедической терапии, покрываемый программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| **Амбулаторное лечение алкогольной и наркотической зависимости**<br>Покрываемые услуги:<br>Услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, такие как индивидуальные и групповые сеансы терапии, предоставляемые врачом, клиническим психологом, клиническим социальным работником, клинической медсестрой-специалистом, квалифицированной медсестрой, помощником врача или другим специалистом или программой в сфере охраны психического здоровья, имеющим право на участие в программе Medicare, если это разрешено соответствующим законодательством штата. | Доплата $0 за каждый сеанс индивидуальной терапии, покрываемый программой Medicare.<br>Доплата $0 за каждый сеанс групповой терапии, покрываемый программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| **Амбулаторная хирургия, включая услуги, предоставляемые в амбулаторных отделениях больниц и амбулаторных хирургических центрах**<br>**Примечание.** Если вы подвергаетесь хирургическому вмешательству в больнице, вы должны уточнить у поставщика услуг, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом. Пока поставщик услуг не выдал письменное распоряжение о принятии вас в больницу в качестве стационарного пациента, вы являетесь амбулаторным пациентом и платите суммы участия в расходах за амбулаторную хирургию. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. | |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется заплатить за эти услуги |
|---|---|
| • Услуги, предоставляемые в амбулаторном отделении больницы | Доплата $0 за каждое покрываемое программой Medicare посещение амбулаторного отделения больницы.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| • Услуги, предоставляемые в амбулаторном хирургическом центре | Доплата $0 за каждое покрываемое программой Medicare посещение амбулаторного хирургического центра.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| **Безрецептурные (OTC) товары**<br>Дополнительную информацию о покрытии безрецептурных (OTC) товаров см. в разделе, посвященном карте Wellcare Spendables™, в настоящей таблице. | |
| **Услуги частичной госпитализации и услуги интенсивного амбулаторного лечения**<br>Частичная госпитализация — это структурированная программа активного психиатрического лечения, предоставляемого как услуга в амбулаторном отделении больницы или в общественном центре лечения психических расстройств; такое лечение имеет более интенсивный характер по сравнению с лечением, получаемым в кабинете вашего врача или психотерапевта, и выступает альтернативой госпитализации в стационар.<br>Услуги интенсивного амбулаторного лечения — это структурированная программа активного лечения в сфере психического здоровья, предоставляемого как услуга в амбулаторном отделении больницы, в общественном центре лечения психических расстройств, в федеральном медицинском центре или в сельской клинике; такое лечение имеет более интенсивный характер по сравнению с лечением, получаемым в кабинете вашего врача или психотерапевта, но менее интенсивный характер по сравнению с частичной госпитализацией. | Доплата $0 в сутки за покрываемую программой Medicare частичную госпитализацию или услуги интенсивного амбулаторного лечения.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Услуги врача/медицинского специалиста, включая приемы у врача** | |
| Покрываемые услуги: | |
| • Необходимые по медицинским показаниям медицинские или хирургические услуги, предоставляемые в кабинете врача поставщиком первичного медицинского обслуживания | Доплата $0 за каждый прием у поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), покрываемый программой Medicare. |
| • Медицинская помощь или хирургические услуги, предоставляемые по медицинским показаниям в сертифицированном амбулаторном хирургическом центре, амбулаторном отделении больницы или в любом другом месте | Сведения о применяемых суммах участия в расходах при посещении амбулаторного хирургического центра или амбулаторного отделения больницы см. в разделе «Амбулаторная хирургия» ранее в настоящей таблице. |
| • Консультации, диагностика и лечение у специалиста | Доплата $0 за каждый прием у специалиста, покрываемый программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| • Другие медицинские специалисты | Доплата $0 за каждый прием у других медицинских специалистов.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Базовые проверки слуха и равновесия, выполняемые вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) или специалистом, если ваш врач назначает их с целью определить, нуждаетесь ли вы в медицинской помощи<br>• Определенные услуги телемедицины, в том числе услуги неотложной медицинской помощи, услуги по уходу на дому, услуги поставщика первичного медицинского обслуживания, трудовая терапия, услуги специалиста, индивидуальная терапия в сфере психического здоровья, услуги подиатра, услуги других медицинских специалистов, индивидуальная терапия в области психиатрии, физиотерапия и услуги логопеда, индивидуальная терапия в рамках амбулаторного лечения алкогольной и наркотической зависимости, а также обучение самостоятельному уходу при сахарном диабете.<br>○ Эти услуги можно получить при личном посещении или посредством телемедицины. Если вы решите получить их посредством телемедицины, вы должны обратиться к сетевому поставщику услуг телемедицины.<br>• Наш план предусматривает круглосуточный доступ без выходных к виртуальным приемам у сертифицированных врачей посредством Teladoc для решения широкого круга проблем/вопросов со здоровьем. К числу покрываемых услуг относятся услуги общего медицинского обслуживания, услуги в сфере психического здоровья, дерматологические услуги и многое другое.<br>Виртуальный прием (или консультация в режиме телемедицины) — это прием у врача, осуществляемый по телефону или через Интернет с использованием смартфона, планшета или компьютера. Для некоторых типов приемов может потребоваться подключение к сети Интернет и устройство с камерой.<br>Для получения дополнительной информации или записи на прием звоните в Teladoc по номеру 1-800-835-2362 (TTY: 711) круглосуточно и без выходных. | Доплата $0 за сурдологические услуги, покрываемые программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.*<br><br>Доплата $0 за виртуальные приемы, предоставляемые посредством Teladoc.<br><br>**Примечание.** Указанная выше доплата в размере $0 применяется только при получении услуг через Teladoc. Если вы получаете очное или телемедицинское обслуживание от сетевого поставщика услуг, а не от поставщика виртуальных приемов, вы будете оплачивать долю участия в расходах, указанную для этих поставщиков, как указано в настоящей таблице страхового покрытия (например, если вы получаете телемедицинские услуги от своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), вы будете оплачивать соответствующую долю участия в расходах).<br><br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Ряд услуг телемедицины, включая консультацию, диагностику и лечение у лечащего врача или квалифицированного специалиста, для участников программы страхования, проживающих в определенных сельских местностях или в других регионах, утвержденных программой Medicare<br>• Услуги телемедицины для ежемесячных приемов в связи с терминальной стадией почечной недостаточности у пациентов, получающих диализ на дому; предоставляются в больничном центре гемодиализа, больничном центре гемодиализа с неограниченным доступом, учреждении гемодиализа или на дому у участника программы страхования<br>• Услуги телемедицины для диагностики, оценки или лечения симптомов инсульта независимо от вашего местоположения<br>• Услуги телемедицины для участников программы страхования с алкогольной или наркотической зависимостью или сопутствующим психическим расстройством независимо от местоположения участника<br>• Услуги телемедицины для диагностики, оценки и лечения психических расстройств, если:<br>○ У вас был очный визит в течение 6 месяцев до первого визита в режиме телемедицины<br>○ Во время получения услуг телемедицины вы посещаете врача каждые 12 месяцев<br>○ При определенных обстоятельствах возможны исключения из правил выше<br>• Услуги телемедицины для приемов по вопросам психического здоровья, предоставляемые сельскими клиниками и федеральными медицинскими центрами | |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • 5–10-минутные виртуальные консультации с вашим врачом (например, по телефону или по видеосвязи) **при соблюдении следующих условий:**<br>○ Вы не новый пациент; **и**<br>○ Консультация не имеет отношения к посещению врача за последние 7 дней; **и**<br>○ В результате консультации не назначается посещение врача в течение следующих суток или как можно быстрее. | Вы оплачиваете долю участия в расходах, применимую к данному поставщику (как описано выше в разделе «Услуги врача/медицинского специалиста, включая приемы у врача» выше). |
| • Оценка видеозаписи и/или изображений, отправленных вами вашему врачу, расшифровка и вынесение назначения врачом в течение суток **при соблюдении следующих условий:**<br>○ Вы не новый пациент; **и**<br>○ Оценка не имеет отношения к посещению врача за последние 7 дней; **и**<br>○ В результате оценки не назначается посещение врача в течение следующих суток или как можно быстрее. | Вы оплачиваете долю участия в расходах, применимую к данному поставщику (как описано выше в разделе «Услуги врача/медицинского специалиста, включая приемы у врача» выше). |
| • Проведение вашим врачом консилиума с другими лечащими врачами по телефону, через Интернет или путем оценки электронной истории болезни | Вы оплачиваете долю участия в расходах, применимую к данному поставщику (как описано выше в разделе «Услуги врача/медицинского специалиста, включая приемы у врача» выше). |
| • Независимое заключение другого сетевого поставщика услуг перед проведением хирургического вмешательства | Вы оплачиваете долю участия в расходах, применимую к данному поставщику (как описано выше в разделе «Услуги врача/медицинского специалиста, включая приемы у врача» выше). |

| **Предоставляемые вам покрываемые услуги** | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Внеплановое стоматологическое обслуживание (покрытие ограничено хирургическими процедурами на челюсти или смежных структурах, репозиционированием переломов челюсти или лицевых костей, удалением зубов для подготовки к лучевой терапии челюсти при наличии злокачественных новообразований, а также услугами, которые покрывались бы в случае их предоставления лечащим врачом) | Доплата $0 за каждую стоматологическую услугу, покрываемую программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.*<br><br>В дополнение к вышеуказанной информации об участии в расходах взимается доплата и/или дополнительный взнос за необходимые по медицинским показаниям услуги, покрываемые Medicare, в отношении медицинского оборудования длительного пользования и принадлежностей, протезов и принадлежностей, амбулаторных диагностических исследований и терапевтических услуг, очков и контактных линз после операции по удалению катаракты, рецептурных препаратов по программе Part D и рецептурных препаратов по программе Medicare Part B, как описано в данной Таблице страхового покрытия. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Услуги подиатра**<br>Покрываемые услуги:<br>• Диагностика и медицинское или хирургическое лечение травм и заболеваний стоп (например, молоткообразный палец стопы или пяточные шпоры)<br>• Плановый уход за стопами для участников программы страхования с определенными заболеваниями, влияющими на нижние конечности | Доплата $0 за услуги подиатра, покрываемые программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| Дополнительные покрываемые услуги включают:<br>• Дополнительный (не покрываемый программой Medicare) уход за стопами, ограниченный 12 сеансами в течение календарного года.<br>**Примечание.** Покрытие дополнительных (не покрываемых программой Medicare) услуг подиатра является дополнительной услугой, предлагаемой планом. Ни Medicare, ни Medicaid не будут оплачивать вашу долю расходов на эти услуги. | Доплата $0 за каждое дополнительное (не покрываемое программой Medicare) посещение подиатра*.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| **Скрининги рака предстательной железы**<br>Для мужчин в возрасте 50 лет и старше покрываемые услуги включают следующее (один раз в 12 месяцев):<br>• Пальцевое ректальное исследование | Доплата $0 за ежегодное пальцевое ректальное исследование, покрываемое программой Medicare. |
| • Анализ на простатический специфический антиген (PSA) | Для ежегодного анализа на PSA не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Протезы и сопутствующие принадлежности**<br>Устройства (кроме стоматологических), полностью или частично восполняющие часть или функцию тела. Сюда относятся, помимо прочего, калоприемники и принадлежности, напрямую связанные с уходом за колостомой; электрокардиостимуляторы; ортезы; ортопедическая обувь; искусственные конечности и протезы молочной железы (включая послеоперационный бюстгальтер после мастэктомии). Сюда также относятся определенные принадлежности, относящиеся к протезам, их ремонту и/или замене. Помимо этого, включено покрытие в определенном объеме после удаления катаракты или операции на катаракте — дополнительные сведения см. в пункте **«Офтальмологические услуги»** далее в настоящем разделе. | Доплата $0 за протезы и ортопедические изделия, покрываемые программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.*<br>Доплата $0 за покрываемые программой Medicare медицинские принадлежности, относящиеся к протезам.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| **Услуги по легочной реабилитации**<br>Для участников программы страхования с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) (степень тяжести от умеренной до очень тяжелой), имеющих направление на легочную реабилитацию от лечащего хронические заболевания органов дыхания врача, покрываются комплексные программы легочной реабилитации. | Доплата $0 за каждый сеанс легочной реабилитации, покрываемый программой Medicare. |
| **Скрининг и консультирование для снижения злоупотребления алкоголем**<br>Мы покрываем один скрининг на злоупотребление алкоголем для взрослых участников программы Medicare (в том числе беременных женщин), которые злоупотребляют алкоголем, но не являются алкоголезависимыми.<br>Если результаты скрининга на злоупотребление алкоголем окажутся положительными, вы можете получать ежегодно не более 4 индивидуальных экспресс-консультаций (если вы дееспособны и во время консультации находитесь в ясном сознании) основного лечащего врача или квалифицированного специалиста в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи. | Для покрываемой Medicare услуги скрининга и консультирования для снижения злоупотребления алкоголем не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Скрининг рака легких методом низкодозной компьютерной томографии (LDCT)**<br>Для лиц, отвечающих требованиям, LDCT покрывается каждые 12 месяцев.<br>**К участникам, отвечающим требованиям, относятся** лица в возрасте 50–77 лет, без признаков или симптомов рака легких, но имеющие в анамнезе не менее 20 условных лет курения, которые курят в настоящее время или бросили курить в течение последних 15 лет и получили письменное направление на LDCT во время приема с целью консультации по вопросам скрининга рака легких и принятия совместного решения; при этом прием должен отвечать критериям Medicare, а письменное направление может быть выдано лечащим врачом или квалифицированным специалистом другого профиля.<br>*Для скринингов рака легких методом LDCT после первичного скрининга таким методом:* участник программы страхования должен получить письменное направление на скрининг рака легких методом LDCT, которое может быть выдано лечащим врачом или квалифицированным специалистом другого профиля во время любого соответствующего приема. Если лечащий врач или квалифицированный специалист другого профиля решает провести прием с целью консультации по вопросам скрининга рака легких и принятия совместного решения для последующих скринингов рака легких методом LDCT, данный прием должен отвечать критериям Medicare. | Для покрываемого Medicare приема с целью консультации и совместного принятия решения, а также для LDCT не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Скрининг инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и консультирование о мерах профилактики ИППП**<br>Мы покрываем скрининги на наличие инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), таких как хламидиоз, гонорея, сифилис и гепатит B. Эти скрининги покрываются для беременных женщин и определенных категорий пациентов с повышенным риском ИППП при наличии направления на анализы от поставщика первичного медицинского обслуживания. Мы покрываем такие анализы однократно каждые 12 месяцев и на определенных сроках беременности.<br>Мы также покрываем не более двух индивидуальных 20–30-минутных высокоинтенсивных сеансов консультирования по вопросам психического здоровья ежегодно для сексуально активных совершеннолетних с повышенным риском ИППП. Мы покрываем указанные сеансы консультирования в качестве профилактической услуги только в том случае, если они предоставляются поставщиком первичного медицинского обслуживания в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи, например, в кабинете врача. | Для покрываемой Medicare услуги скрининга ИППП и консультирования о мерах профилактики ИППП не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |
| **Услуги по лечению заболеваний почек**<br>Покрываемые услуги:<br>• Консультационные услуги при заболеваниях почек для обучения уходу за почками и помощи участникам программы страхования в принятии информированных решений по поводу ухода. Для участников программы страхования с IV стадией хронической почечной недостаточности при наличии направления от их врача мы покрываем не более шести сеансов консультаций по уходу за почками за все время участия в программе | Доплата $0 за услуги консультирования при заболеваниях почек, покрываемые программой Medicare. |

| **Предоставляемые вам покрываемые услуги** | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Амбулаторные процедуры диализа (включая процедуры диализа при временном нахождении вне зоны обслуживания, как объяснено в главе 3, или когда ваш поставщик услуг диализа временно недоступен) | Доплата $0 за амбулаторные процедуры диализа, покрываемые программой Medicare. |
| • Стационарные процедуры диализа (если вы поступаете в стационар для специализированного лечения) | Сведения об участии в расходах, применимом к стационарным процедурам диализа, см. в разделе «Стационарное лечение в больнице». |
| • Обучение самостоятельному проведению диализа (включая обучение вас и лица, оказывающего помощь в проведении процедуры диализа на дому) | Доплата $0 за обучение самостоятельному проведению диализа, покрываемое программой Medicare. |
| • Оборудование и принадлежности для проведения диализа на дому | Доплата $0 за оборудование для проведения диализа на дому, покрываемое программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.*<br>Доплата $0 за принадлежности для проведения диализа, покрываемые программой Medicare.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Определенные услуги по оказанию поддержки на дому (в частности, посещения обученных диализу специалистов по мере необходимости для контроля проведения диализа на дому, для помощи в неотложных ситуациях и для проверки оборудования для проведения диализа и подачи воды)<br>Определенные лекарственные препараты для диализа покрываются в рамках страхового покрытия лекарственных препаратов по программе Medicare Part B. Дополнительные сведения о страховом покрытии лекарственных препаратов по программе Part B см. в разделе **Лекарства по рецепту, покрываемые программой Medicare Part B**. | Доплата $0 за услуги поддержки на дому, покрываемые программой Medicare. |
| **Услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода (SNF)**<br>(Определение услуг, предоставляемых учреждением квалифицированного сестринского ухода, см. в главе 12 настоящего документа. Учреждения квалифицированного сестринского ухода иногда называются «SNF»). | При покрываемом программой Medicare пребывании в учреждении за каждое пребывание:<br>Доплата $0 за каждое пребывание в учреждении квалифицированного сестринского ухода, покрываемое программой Medicare.<br>Вы оплачиваете все расходы за каждый день после 100-го дня. |
| Вам предоставляется покрытие в объеме 100 дней за каждое пребывание. Предварительная госпитализация не требуется.<br>К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее:<br>• Пребывание в двухместной палате (или одноместной палате, если это необходимо по медицинским показаниям)<br>• Питание, включая особые диеты<br>• Услуги квалифицированного сестринского ухода<br>• Физиотерапия, трудовая терапия и логопедическая терапия | *Может требоваться предварительное разрешение.* |

| **Предоставляемые вам покрываемые услуги** | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Лекарственные препараты, которые вы получаете как часть нашего плана обслуживания. (Сюда относятся вещества, которые в норме присутствуют в организме, например, факторы свертывания крови.)<br>• Кровь, включая хранение и переливание. Покрытие услуг по переливанию цельной крови и эритроцитов начинается только с четвертой пинты крови, перелитой вам. Все остальные компоненты крови покрываются, начиная с первой перелитой пинты.<br>• Медицинские и хирургические принадлежности, обычно предоставляемые учреждениями квалифицированного сестринского ухода (SNF)<br>• Лабораторные анализы, обычно предоставляемые учреждениями квалифицированного сестринского ухода (SNF)<br>• Рентгенография и лучевая диагностика, обычно предоставляемые учреждениями квалифицированного сестринского ухода (SNF)<br>• Использование оборудования, например, инвалидных колясок, обычно предоставляемого учреждениями квалифицированного сестринского ухода (SNF)<br>• Услуги врача/квалифицированного специалиста<br>Как правило, вы будете получать услуги, предоставляемые учреждениями квалифицированного сестринского ухода (SNF), в сетевых учреждениях. Однако в некоторых случаях, которые перечислены ниже, вы можете получить такие услуги у внесетевого поставщика услуг, если такой поставщик согласится с размером оплаты, предусмотренным нашим планом.<br>• Центр сестринского ухода или поселение для пенсионеров с постоянным уходом, где вы жили до того, как поступили в больницу (если там предоставляются услуги квалифицированного сестринского ухода)<br>• SNF, в котором живет ваш супруг/ваша супруга или ваш гражданский партнер в то время, когда вы выписываетесь из больницы | |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Отказ от курения и употребления табака (консультирование с целью отказа от курения или употребления табака)**<br>Если вы употребляете табак, но у вас нет признаков или симптомов заболеваний, связанных с употреблением табака: мы бесплатно покрываем две попытки бросить курить при помощи консультаций в течение 12 месяцев в качестве профилактической услуги. Каждая попытка бросить курить предусматривает до четырех индивидуальных консультаций.<br>Если вы употребляете табак и у вас диагностировано заболевание, связанное с употреблением табака, либо вы принимаете лекарственные препараты, на которые может повлиять употребление табака: мы покрываем услуги консультаций по вопросам отказа от курения. Мы покрываем две попытки бросить курить при помощи консультаций в течение 12 месяцев; однако вы оплачиваете соответствующую долю участия в расходах. Каждая попытка бросить курить предусматривает до четырех индивидуальных консультаций. | Для покрываемых Medicare профилактических услуг отказа от курения и употребления табака не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |
| **Дополнительные консультации по отказу от курения:**<br>Наш план также покрывает до 5 дополнительных консультаций по отказу от курения в режиме онлайн и по телефону. Консультации проводятся под руководством квалифицированных специалистов и включают поэтапную помощь в соответствии с изменением образа жизни, а также услуги планирования, консультирования и обучения. Эта услуга предоставляется только через нашего поставщика виртуальных приемов Teladoc. Для получения дополнительной информации или записи на прием звоните в Teladoc по номеру 1-800-835-2362 (TTY: 711) круглосуточно и без выходных. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников плана или посетить наш веб-сайт по адресу: www.wellcare.com/healthnetCA. | Доплата $0 за дополнительные сеансы консультирования по отказу от курения*. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Лечебная физкультура под надзором специалиста (SET)**<br>Услуга SET покрывается для участников программы страхования с симптоматическим заболеванием периферических артерий (PAD).<br>Покрывается не более 36 сеансов в течение 12 недель, если соблюдены требования программы SET.<br>Программа SET должна соответствовать следующим критериям:<br>• Состоять из занятий продолжительностью 30–60 минут, включающих программу физических упражнений для лечения PAD у пациентов с динамическим нарушением кровообращения<br>• Проводиться в амбулаторном отделении больницы или в кабинете врача<br>• Проводиться квалифицированным вспомогательным персоналом, следящим за тем, чтобы польза превышала возможный вред, и обученным проведению лечебной физкультуры при PAD<br>• Проводиться под непосредственным наблюдением врача, помощника врача или квалифицированной медсестры/клинической медсестры-специалиста, которые прошли обучение базовым и специальным приемам реанимации<br>Программа SET может покрываться сверх 36 занятий в течение 12 недель и продлеваться еще на 36 занятий в течение дополнительного периода времени, если поставщик услуг сочтет это необходимым по медицинским показаниям. | Доплата $0 за каждый сеанс лечебной физкультуры под надзором специалиста, покрываемый программой Medicare. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Услуги по транспортировке (дополнительные плановые)**<br>Наш план покрывает в общей сложности 24 поездки в одну сторону в рамках неэкстренной транспортировки по земле в пределах нашей зоны обслуживания ежегодно. Эта льгота позволяет получить необходимое обслуживание и услуги. Вам может быть предоставлена поездка в медицинское учреждение, например к врачам, специалистам или стоматологу.<br>Ограничение составляет 75 миль в одну сторону и четыре поездки в одну сторону в день, если только заранее не получено одобрение плана страхования.<br>Для бронирования поездки позвоните по номеру службы транспортировки, указанному на задней стороне вашей идентификационной карты участника плана. Если поездка требуется для получения планового медицинского обслуживания, звоните не более чем за 1 месяц и не менее чем за 3 дня до приема. Возможность бронирования поездки день в день зависит от доступности.<br>Поездки осуществляются на такси, легковом автомобиле, автомобиле, оборудованном для перевозки инвалидных колясок, или через сервис совместных поездок (например, Uber или Lyft) в соответствии с вашими медицинскими потребностями.<br>Для покрытия планом страхования эту льготу необходимо использовать для поездок в медицинские учреждения. В рамках одной поездки могут одновременно перевозиться несколько участников плана с возможными остановками помимо вашего места назначения. При бронировании поездки не забудьте упомянуть о любых дополнительных потребностях, например в случае использования инвалидной коляски, а также обо всех предпочтениях, таких как потребность в дополнительном времени при посадке. | Доплата $0 за поездку*.<br>Поездкой считается поездка в одну сторону на микроавтобусе, через сервис совместных поездок или на такси до медицинского учреждения.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Услуги неотложной медицинской помощи**<br>Услуги неотложной медицинской помощи направлены на лечение неэкстренных непредвиденных заболеваний, травм или состояний, требующих оказания незамедлительной медицинской помощи; при этом, учитывая имеющиеся обстоятельства, получить их у сетевого поставщика услуг невозможно или нецелесообразно. Если, учитывая имеющиеся обстоятельства, незамедлительное получение медицинской помощи у сетевого поставщика услуг нецелесообразно, то ваш план страхования покроет услуги неотложной медицинской помощи у поставщика услуг за пределами сети. Услуги должны требоваться немедленно и быть необходимыми по медицинским показаниям. Примеры услуг неотложной медицинской помощи, которые план страхования обязан покрыть при их получении за пределами сети: вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана и нуждаетесь в незамедлительной помощи по медицинским показаниям в связи с непредвиденным состоянием, которое тем не менее не является неотложным; или немедленное получение медицинской помощи у сетевого поставщика услуг нецелесообразно в вашей ситуации. Доля участия в расходах на необходимые услуги неотложной медицинской помощи, оказываемые внесетевыми поставщиками, равняется доле участия в расходах на такие же услуги, предоставляемые внутри сети. | Доплата $0 за посещения для получения неотложной медицинской помощи, покрываемые программой Medicare. |
| Покрываются услуги неотложной медицинской помощи за пределами США. | Доплата $100 за услуги неотложной медицинской помощи, получаемые за пределами США*.<br>Вы оплачиваете эту сумму, даже если в течение 24 часов вас госпитализируют в больницу по поводу того же состояния. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| | Для вас предусмотрено страховое покрытие на сумму до $50,000 ежегодно в случае получения неотложной или экстренной медицинской помощи за пределами США. |
| **Офтальмологические услуги**<br>Покрываемые услуги:<br>• Амбулаторные услуги лечащего врача по диагностике и лечению заболеваний и травм глаза, включая лечение возрастной дегенерации желтого пятна. Original Medicare не покрывает плановые проверки зрения (рефрактометрия глаз) для подбора очков/контактных линз | Доплата $0 за все прочие проверки зрения для диагностики и лечения заболеваний глаз.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| • Для лиц с повышенным риском развития глаукомы мы покрываем один скрининг глаукомы ежегодно. К лицам с повышенным риском развития глаукомы относятся лица с глаукомой в семейном анамнезе, больные сахарным диабетом, афроамериканцы в возрасте 50 лет и старше и латиноамериканцы в возрасте 65 лет и старше | Доплата $0 за скрининг глаукомы, покрываемый программой Medicare. |
| • Для больных сахарным диабетом покрывается один скрининг диабетической ретинопатии в год | Доплата $0 за покрываемое программой Medicare обследование сетчатки для участников с сахарным диабетом.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| • Одна пара очков или контактных линз после каждой операции по поводу катаракты, которая включает введение интраокулярных линз (Если у вас было две отдельные операции по удалению катаракты, вы не можете сохранить страховое покрытие после первой операции и приобрести две пары очков после второй операции.) | Доплата $0 за оптику, покрываемую программой Medicare.<br>Может требоваться предварительное разрешение. |
| **Кроме того, наш план покрывает следующие дополнительные (т. е. плановые) офтальмологические услуги:**<br>• 1 плановая проверка зрения ежегодно. Плановая проверка зрения включает в себя проверку на глаукому для людей, входящих в группу риска по глаукоме, и осмотр сетчатки для лиц с сахарным диабетом. | **Дополнительные (плановые) офтальмологические услуги:**<br>Доплата $0 за 1 плановую проверку зрения ежегодно*.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |
| • Неограниченное количество средств коррекции зрения по рецепту ежегодно на максимальную сумму $300 в год. К покрываемым средствам коррекции зрения относится следующее:<br>○ Очки (оправа и линзы), или<br>○ Только линзы для очков, или<br>○ Только оправы для очков, или<br>○ Контактные линзы вместо очков, или<br>○ Обновление средств коррекции зрения<br>**Примечание**. Стоимость подбора контактных линз покрывается планом.<br>Максимальное страховое покрытие в рамках плана на сумму $300 ежегодно относится к розничной стоимости оправ и/или линз (включая все варианты обработки линз, такие как тонирование и покрытие). Вы несете ответственность за любые расходы на дополнительные (плановые) средства коррекции зрения сверх максимальной покрываемой суммы. | Доплата $0 за оптику*.<br>*Может требоваться предварительное разрешение.* |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| Расходы на средства коррекции зрения, покрываемые программой Medicare, не включаются в максимальную покрываемую сумму на дополнительные (плановые) средства коррекции зрения. Участники не могут использовать дополнительное страховое покрытие средств коррекции зрения для увеличения объема страхового покрытия средств коррекции зрения, покрываемых Medicare.<br>**Примечание.** Покрытие плановых офтальмологических услуг является дополнительной услугой, предлагаемой планом. Ни Medicare, ни Medicaid не будут оплачивать вашу долю расходов на эти услуги.<br>Офтальмологические услуги должны быть получены у сетевых поставщиков офтальмологических услуг. С вопросами о том, как найти поставщика услуг, или за дополнительной информацией обращайтесь в отдел обслуживания участников плана или посетите наш веб-сайт по адресу www.wellcare.com/healthnetCA. | |
| **Профилактический прием «Добро пожаловать в Medicare»**<br>План покрывает один профилактический прием *Добро пожаловать в Medicare*. Визит включает проверку состояния вашего здоровья, а также обучение и консультации на тему профилактических услуг, в которых вы нуждаетесь (включая определенные скрининги и прививки), а также при необходимости направления на получение других медицинских услуг.<br>**Важно!** Мы покрываем профилактический прием *Добро пожаловать в Medicare* только в течение первых 12 месяцев после вашей регистрации в программе Medicare Part B. Когда вы записываетесь на прием, сообщите своему врачу, что хотите назначить профилактический прием *Добро пожаловать в Medicare*. | Для профилактического приема *Добро пожаловать в Medicare* не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. |
| • Покрываемая программой Medicare процедура ЭКГ после профилактического приема *Добро пожаловать в Medicare*. | Доплата $0 за каждую покрываемую программой Medicare процедуру ЭКГ после профилактического приема *Добро пожаловать в Medicare*. |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | **Сколько вам придется заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Wellcare Spendables™**<br>Вы будете получать **$75 ежемесячно** в виде предварительных поступлений на вашу карту Wellcare Spendables™. Максимальная сумма в рамках программы составляет $900 ежегодно.<br>• Неиспользованная сумма ежемесячной денежной компенсации **переносится на следующий месяц и сгорает в конце страхового года**. | Для карты Wellcare Spendables™ не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.<br>Денежную компенсацию можно использовать для оплаты следующих товаров и услуг:<br>- Безрецептурные (OTC) товары<br>- Здоровое питание<br>- Оплата бензина у бензоколонки<br>- Помощь с оплатой коммунальных услуг<br>- Помощь с оплатой аренды<br>Доставка бесплатна при минимальной стоимости $35. Минимальные требования для покупок в магазинах отсутствуют. |
| **Карту можно использовать для оплаты следующих товаров и услуг:**<br>**Безрецептурные (OTC) товары**<br>Карту можно использовать в участвующих в программе магазинах, через мобильное приложение или на портале для участников, позволяющем оформить доставку на дом.<br>К покрываемым товарам относятся следующие:<br>• Патентованные и непатентованные безрецептурные товары<br>• Витамины, обезболивающие средства, средства от простуды и аллергии, товары для лиц с сахарным диабетом<br>• Используйте сканер штрихкодов в приложении, чтобы найти одобренные товары в розничных точках, либо войдите на портал для участников или изучите каталог. | |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Примечание.** При определенных обстоятельствах диагностическое оборудование и средства для отказа от курения покрываются в рамках страхового покрытия медицинских услуг плана. Прежде чем расходовать денежную компенсацию за безрецептурные (OTC) товары, следует (по возможности) воспользоваться покрытием медицинских услуг, предусмотренным нашим планом.<br><br>**Поскольку ваш план страхования участвует в программе ценностно-ориентированного страхования, вы также можете использовать свою денежную компенсацию Wellcare Spendables™ для получения любой льготы из представленных ниже:**<br><br>**Здоровое питание**<br><br>Вы можете использовать свою карту для оплаты продуктов, обеспечивающих здоровое питание, в розничных магазинах, участвующих в программе. Готовые блюда доступны для заказа через онлайн-портал. Карту нельзя использовать для приобретения табачных изделий или алкоголя. Утверждены следующие товары:<br>• Мясо и птица<br>• Фрукты и овощи<br>• Питательные напитки<br>• Используйте сканер штрихкодов в приложении, чтобы найти одобренные товары в розничных точках, войдите на портал для участников или изучите каталог.<br><br>**Оплата бензина у бензоколонки**<br><br>Вы можете использовать свою карту для оплаты бензина прямо у бензоколонки. Карту нельзя использовать для оплаты лично на кассе. Карту можно использовать для заправки автомобиля бензином только до определенной разрешенной суммы. | |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Помощь с оплатой коммунальных услуг**<br>Вы можете использовать свою карту как вспомогательное средство для оплаты коммунальных услуг в вашем доме. Войдите на портал для участников либо оплатите коммунальные услуги напрямую в точке приема платежей. Карту нельзя использовать для настройки автоматических повторных платежей.<br>Список статей расходов, утвержденных в рамках льготы:<br>• Электричество, газоснабжение, канализация/утилизация твердых отходов и водоснабжение<br>• Услуги проводной и сотовой телефонной связи<br>• Доступ к сети Интернет<br>• Кабельное телевидение (за исключением онлайн-кинотеатров)<br>• Определенные расходы на бензин, например в качестве печного топлива<br><br>**Помощь с оплатой аренды**<br>Вы можете использовать свою карту как вспомогательное средство для покрытия аренды вашего дома. Войдите на портал для участников, чтобы заплатить поставщикам услуг, либо оплатите услуги напрямую в точке приема платежей.<br>**Правила пользования картой:**<br>1. Активируйте карту перед использованием. Инструкции приведены в письме, полученном вместе с картой.<br>2. Посетите участвующий в программе розничный магазин, войдите на портал по указанной ниже ссылке или загрузите мобильное приложение.<br>3. Выберите одобренные для вас товары/услуги.<br>4. На кассе оплатите покупку картой Wellcare Spendables™. При заказе в онлайн-магазине или через мобильное приложение введите номер карты при оформлении заказа.<br>5. Ваша карта не является кредитной, но может быть указана как «кредитная» при оформлении заказа. При появлении запроса на ввод PIN-кода введите последние 4 цифры номера карты. | |

| Предоставляемые вам покрываемые услуги | Сколько вам придется **заплатить** за эти услуги |
|---|---|
| **Примечание.**<br>• После исчерпания денежной компенсации вы несете ответственность за оплату оставшейся стоимости ваших покупок.<br>• Товары, приобретенные в магазине, могут быть возвращены в соответствии с правилами возврата и обмена, действующими в розничном магазине.<br>• В случае сбоев при использовании карты или технических неполадок позвоните нам по указанному ниже номеру.<br>• Wellcare не несет ответственности за утерянные или украденные карты.<br>• Карта Wellcare Spendables™ предназначена только для вашего личного пользования; она не может быть продана или передана другим лицам и не имеет наличной стоимости.<br>• Могут применяться ограничения и оговорки.<br>• Эта льгота не относится к страховому покрытию в рамках Medicaid.<br><br>**Для получения дополнительной информации о карте Wellcare Spendables™ или запроса каталога** позвоните по номеру 1-855-744-8550, TTY: 711.<br>Часы работы: с 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m.<br>С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.<br>**Вы также можете посетить веб-сайт** member.membersecurelogin.com. | |

# РАЗДЕЛ 3 Какие услуги покрываются вне плана?

## Раздел 3.1 Услуги, которые не покрываются планом страхования

Некоторые услуги не покрываются планом Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), но доступны по программе California Medi-Cal (Medicaid). Если у вас возникли вопросы о помощи, которую вы получаете по программе California Medi-Cal (Medicaid), обратитесь в программу California Medi-Cal (Medicaid) по номеру 1-800-541-5555. При использовании TTY набирайте 1-800-430-7077 с 8 a.m. до 5 p.m. PT, с понедельника по пятницу.

### Программа Medi-Cal Dental

Через программу Medi-Cal Dental доступны определенные виды стоматологических услуг, включая, помимо прочего, следующие:

- первичный осмотр, рентгенографическое обследование, чистка и фторирование зубов
- реставрация и установка коронок
- лечение корневого канала
- частичное и полное протезирование, а также коррекция, восстановление и перебазировка протезов

Страховое покрытие стоматологических услуг предоставляется в рамках программы Medi-Cal Dental Fee-For-Service. Для получения дополнительной информации или помощи в поиске стоматолога, который работает по программе Medi-Cal, обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру 1-800-322-6384 (при использовании TTY набирайте 1-800-735-2922). Звонок бесплатный. Представители программы Medi-Cal Dental Services могут помочь вам с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. с понедельника по пятницу. Более подробную информацию также можно получить на веб-сайте www.dental.dhcs.ca.gov.

Помимо программы Medi-Cal Dental Fee-For-Service вы можете получать стоматологические услуги в рамках плана Dental Managed Care. Планы Dental Managed Care доступны в округах Sacramento и Los Angeles. Если вам нужна дополнительная информация о планах со стоматологическим покрытием или вы хотите сменить план со стоматологическим покрытием, обращайтесь в Health Care Options по номеру 1-800-430-4263 (при использовании TTY набирайте 1-800-430-7077) с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 6:00 p.m. Звонок бесплатный.

# РАЗДЕЛ 4 Какие услуги не покрываются планом страхования?

## Раздел 4.1 Услуги, которые не покрываются планом страхования (исключения)

Этот раздел посвящен исключенным услугам.

В таблице ниже приведены некоторые услуги и товары, которые не покрываются планом страхования ни при каких обстоятельствах либо покрываются планом только при определенных условиях.

При получении исключенных (непокрываемых) услуг вы оплачиваете их самостоятельно, за исключением перечисленных ниже условий. Даже если вы получаете исключенные услуги в учреждении неотложной помощи, эти услуги не являются покрываемыми и наш план страхования не будет их оплачивать. Единственное исключение: если после подачи и рассмотрения апелляции выяснится, что услуга представляет собой медицинскую услугу, которую мы должны были оплатить или покрыть на основании ваших конкретных обстоятельств. (Информацию о процедуре обжалования принятого нами решения не покрывать медицинскую услугу см. в разделе 6.3 главы 9 настоящего документа.)

| Услуги, не покрываемые программой Medicare | Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях | Покрытие предусмотрено только при определенных условиях |
|---|---|---|
| Косметическая хирургия или косметические процедуры | | • Покрытие предусмотрено только при случайной травме или для улучшения функционирования части тела, имеющей неправильную форму.<br>• Предусмотрено покрытие на всех стадиях реконструкции молочной железы после мастэктомии, а также для другой молочной железы для придания им симметричности. |

| Услуги, не покрываемые программой Medicare | Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях | Покрытие предусмотрено только при определенных условиях |
|---|---|---|
| Повседневный уход<br><br>Повседневный уход — это персональный уход, который не предусматривает постоянного внимания со стороны квалифицированного медицинского или вспомогательного медицинского персонала, в частности, помощь в повседневных делах, например при принятии ванны или одевании. | **Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях** | |
| Стоматологическое обслуживание, такое как:<br>• Диагностические услуги<br>• Эндодонтия<br>• Пародонтология<br>• Удаление зубов | **Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях** | |
| Экспериментальные медицинские и хирургические процедуры, оборудование и лекарственные препараты.<br><br>К экспериментальным относятся процедуры и товары, которые, согласно определению Original Medicare, не являются общепринятыми в медицинском сообществе. | | • Допускается покрытие по Original Medicare в рамках одобренного программой Medicare клинического исследования или по нашему плану страхования.<br><br>(Дополнительную информацию о клинических исследованиях см. в разделе 5 главы 3.) |

| Услуги, не покрываемые программой Medicare | Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях | Покрытие предусмотрено только при определенных условиях |
|---|---|---|
| Суммы, взимаемые за уход вашими ближайшими родственниками или членами вашего домашнего хозяйства. | **Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях** | |
| Сестринский уход в течение полного рабочего дня у вас на дому. | **Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях** | |
| Доставка продуктов питания на дом | | ✓ |
| Услуги по ведению домашнего хозяйства подразумевают базовую помощь по дому, такую как легкая работа по дому или приготовление несложной пищи. | | ✓ |
| Услуги натуропата (с использованием природных или альтернативных методов лечения). | **Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях** | |
| Внеплановое стоматологическое обслуживание | | • Стоматологическое обслуживание, необходимое для лечения заболевания или травмы, может покрываться как стационарное или амбулаторное лечение. |

| Услуги, не покрываемые программой Medicare | Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях | Покрытие предусмотрено только при определенных условиях |
|---|---|---|
| Ортопедическая обувь или поддерживающие устройства для стопы | | • Обувь, которая является частью ортопедического аппарата и входит в его стоимость. Ортопедическая или лечебная обувь для лиц с диабетическим заболеванием стопы. |
| Личные вещи в вашей палате в больнице или реабилитационном центре, например телефон или телевизор. | **Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях** | |
| Одноместная больничная палата | | • Покрытие предусмотрено только при наличии медицинских показаний. |
| Радиальная кератотомия, лазерная коррекция зрения методом LASIK и другие средства помощи слабовидящим. | **Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях** | |
| Процедуры восстановления детородной функции после стерилизации, а также не требующие рецепта средства контрацепции. | **Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях** | |
| Плановое стоматологическое обслуживание, например чистка. | **Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях** | |
| Услуги, которые не считаются обоснованными и необходимыми согласно стандартам Original Medicare. | **Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях** | |

# ГЛАВА 5.

## *Использование предусмотренного планом страхового покрытия в связи с приобретением рецептурных лекарственных препаратов по программе Part D*

### Как можно получить информацию о стоимости лекарственных препаратов?

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medicaid, вы также имеете право участвовать в программе «Extra Help» от Medicare, помогающей с оплатой ваших расходов на рецептурные лекарственные препараты. Поскольку вы являетесь участником программы «Extra Help», **некоторая информация о расходах на рецептурные препараты в рамках программы Part D в данном *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* может вас не касаться.** Мы отправили вам отдельный вкладыш под названием *«Дополнение к документу об объеме страховой ответственности страховщика для лиц, получающих дополнительную помощь в оплате рецептурных препаратов»* (другое название — «Дополнение о предоставлении субсидий при низком доходе» или «Дополнение о LIS»), в котором рассказывается о доступном вам страховом покрытии лекарств. Если вы не получили этот вкладыш, позвоните в отдел обслуживания участников плана и запросите «Дополнение о LIS». (Номера телефонов отдела обслуживания участников плана напечатаны на задней обложке настоящего документа.)

## РАЗДЕЛ 1 Введение

В этой главе **объясняются правила использования вашего страхового покрытия лекарственных препаратов по программе Part D**. Информацию о покрытии лекарственных препаратов по программе Medicare Part B и покрытии препаратов при нахождении в хосписе см. в главе 4.

Помимо лекарств, покрываемых Medicare, некоторые рецептурные препараты предоставляются вам в рамках программы California Medi-Cal (Medicaid). За информацией о страховом покрытии лекарственных препаратов в рамках программы California Medi-Cal (Medicaid) обращайтесь в отдел обслуживания участников плана.

### Раздел 1.1 Основные правила покрытия лекарственных препаратов по программе Part D планом страхования

Как правило, план страхования покрывает ваши лекарственные препараты, если вы соблюдаете следующие основные правила:

- Вы должны попросить поставщика услуг (врача, стоматолога или другое лицо, выписывающее лекарство) выписать вам рецепт, который должен быть действительным в соответствии с действующим законодательством штата.
- Лицо, выписывающее лекарство, не должно быть включено в списки исключений или запретов Medicare.

- Как правило, для получения лекарств по рецепту вы должны обращаться в сетевую аптеку. (См. раздел 2 *Получение лекарственных препаратов по рецепту в сетевой аптеке или в рамках услуги заказа с доставкой по почте*.)
- Ваш лекарственный препарат должен быть включен в *Перечень покрываемых лекарств (Справочник лекарств)* плана страхования (краткое название — «Перечень лекарств»). (См. раздел 3 *Ваши лекарства должны быть представлены в Перечне лекарств плана страхования*.)
- Ваш лекарственный препарат должен применяться в соответствии с установленными медицинскими показаниями. Термин «установленные медицинские показания» означает, что использование лекарственного препарата одобрено Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов или основано на данных, содержащихся в определенных справочниках. (Дополнительную информацию об установленных медицинских показаниях см. в разделе 3.)

# РАЗДЕЛ 2 Получение лекарственных препаратов по рецепту в сетевой аптеке или в рамках услуги заказа с доставкой по почте

## Раздел 2.1 Использование сетевой аптеки

В большинстве случаев ваши рецептурные препараты покрываются планом страхования *только* при условии, что они приобретаются в одной из сетевых аптек плана страхования. (Информацию о ситуациях, в которых мы можем покрыть лекарственные препараты, полученные по рецепту во внесетевых аптеках, см. в разделе 2.5.)

Сетевая аптека — это аптека, с которой план страхования заключил договор на предоставление вам покрываемых рецептурных препаратов. Термином «покрываемые лекарственные препараты» обозначаются все рецептурные препараты по программе Part D из Перечня лекарств плана страхования.

## Раздел 2.2 Сетевые аптеки

### Как найти сетевую аптеку в своем районе?

Для поиска сетевой аптеки воспользуйтесь своим экземпляром *Каталога поставщиков услуг и аптек*, посетите наш веб-сайт (www.wellcare.com/healthnetCA) и/или позвоните в отдел обслуживания участников плана.

Вы можете приобрести препараты в любой из аптек нашей сети.

### Что делать, если аптека, где вы получаете лекарства, выходит из сети?

Если аптека, в которой вы получали препараты, выходит из сети плана, вам необходимо будет выбрать для себя другую аптеку, входящую в сеть. Чтобы найти другую аптеку в своем районе, вы можете обратиться за помощью в отдел обслуживания участников плана (номера телефонов напечатаны на задней обложке настоящего справочника) или воспользоваться *Каталогом поставщиков услуг и аптек*. Кроме того, эта информация доступна на нашем веб-сайте по адресу: www.wellcare.com/healthnetCA.

### Что делать, если вам нужна специализированная аптека?

Иногда лекарства по рецепту нужно получать в специализированной аптеке. К специализированным относятся следующие аптеки:

- Аптеки, которые поставляют лекарственные препараты для инфузионной терапии на дому.
- Аптеки, поставляющие препараты для лиц, пребывающих на постоянной основе в учреждениях долгосрочного ухода (LTC). Как правило, в учреждении LTC (например, центре сестринского ухода) имеется собственная аптека. Если у вас возникли трудности с получением покрываемых услуг по программе Part D в учреждении LTC, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.
- Аптеки, обслуживающие службы здравоохранения для индейцев/племенные службы здравоохранения/городскую программу здравоохранения для индейцев (недоступны в Puerto Rico). За исключением экстренных случаев, пользоваться услугами таких аптек нашей сети могут лишь представители коренных народов или коренные жители штата Alaska.
- Аптеки, поставляющие лекарства, реализация которых ограничена определенными регионами по решению FDA или которые требуют особого обращения, координации поставщиков или инструктажа по их применению. (Обратите внимание! Такая ситуация не должна происходить часто.)

Для поиска специализированной аптеки воспользуйтесь своим экземпляром *Каталога поставщиков услуг и аптек* или позвоните в отдел обслуживания участников плана.

## Раздел 2.3 Использование услуг заказа лекарственных препаратов с доставкой по почте

Для получения отдельных видов лекарственных препаратов можно воспользоваться услугой заказа с доставкой по почте в рамках сети плана. Как правило, для заказа с доставкой по почте доступны лекарственные препараты, которые вы принимаете регулярно при хроническом или длительном медицинском состоянии. Лекарственные препараты, которые *не подлежат* заказу с доставкой по почте в рамках плана страхования, отмечены в нашем Перечне лекарств буквами **«NM»**.

Предусмотренная нашим планом страхования услуга заказа с доставкой по почте позволяет вам заказать **запас на срок до 100 дней**.

Чтобы получить бланки заказов и информацию о получении отпускаемых по рецепту лекарств по почте, позвоните в отдел обслуживания участников плана по вопросам услуги заказа с доставкой по почте по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711), круглосуточно, без выходных. Либо вы можете воспользоваться веб-сайтом express-scripts.com/rx.

Если вы приобретаете лекарственный препарат с услугой заказа с доставкой по почте в аптеке, не входящей в нашу сеть, стоимость такого лекарства не будет покрыта.

Как правило, доставка заказанных препаратов по почте занимает не более 14 дней. Тем не менее иногда доставка ваших рецептурных препаратов по почте может происходить с задержкой. Если лекарственные препараты длительного применения вам необходимы незамедлительно, попросите своего врача выписать два рецепта: один на 30-дневный запас для приобретения в розничной аптеке сети, а другой — на долгосрочный запас для приобретения с доставкой по почте. Если у вас возникли трудности с приобретением 30-дневного запаса в розничной аптеке сети в случае задержки заказа с доставкой по почте, попросите сотрудников вашей розничной аптеки обратиться за помощью в наш Центр обслуживания поставщиков по номеру 1-866-800-6111 (TTY: 1-888-816-5252), круглосуточно, без выходных. Участники плана могут обращаться в отдел обслуживания участников плана по вопросам услуги заказа с доставкой по почте по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711), круглосуточно, без выходных. Либо вы можете воспользоваться веб-сайтом express-scripts.com/rx

**Аптека получает новые рецепты непосредственно из кабинета вашего врача.** Аптека автоматически поставляет и отправляет лекарственные препараты по новым рецептам, полученным от поставщиков медицинских услуг, без предварительного согласования с вами в одном из следующих случаев:

- Вы ранее пользовались услугой заказа с доставкой по почте в рамках данного плана или

- Вы подали заявку на автоматическую отправку лекарственных препаратов по всем новым рецептам, полученным непосредственно от поставщиков медицинских услуг. Вы можете запросить автоматическую отправку лекарственных препаратов по всем новым рецептам в любое время, обратившись в отдел обслуживания участников плана по вопросам услуги заказа с доставкой по почте по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711), круглосуточно, без выходных. Либо вы можете воспользоваться веб-сайтом express-scripts.com/rx.

Если вы автоматически получили по почте рецептурный лекарственный препарат, который вам не нужен, и с вами не связались, чтобы узнать, нужен ли он вам, до его отправки, вы можете иметь право на возмещение расходов.

Если вы оформляли заказ с доставкой по почте ранее, но не хотите, чтобы аптека автоматически поставляла и отправляла вам лекарства по каждому новому рецепту, свяжитесь с нами, обратившись в отдел обслуживания участников плана по вопросам услуги заказа с доставкой по почте по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711), круглосуточно, без выходных. Либо вы можете воспользоваться веб-сайтом express-scripts.com/rx.

Если вы никогда не пользовались нашей услугой заказа с доставкой по почте и/или решили отказаться от услуги автоматической доставки лекарственных препаратов по новым рецептам, сотрудники аптеки будут связываться с вами каждый раз при получении нового рецепта от поставщика медицинских услуг, чтобы уточнить необходимость немедленной поставки и отправки препарата. Важно, чтобы вы отвечали на все звонки сотрудников аптеки и уведомляли их о необходимости отправки, отсрочки или отмены поставки лекарства по новому рецепту.

**Повторное получение рецептурных лекарственных препаратов, заказанных по почте.** Для повторного получения назначенных лекарственных препаратов вы можете зарегистрироваться в программе автоматического повторного получения лекарственных препаратов. В рамках этой программы мы автоматически начнем обрабатывать ваше следующее повторное получение лекарств, когда, согласно нашим данным, запас вашего лекарства уже почти израсходован. Перед отправкой каждого повторно получаемого лекарства аптека будет связываться с вами, чтобы уточнить, нуждаетесь ли вы все еще в этом лекарстве, при этом вы можете отменить запланированное повторное получение, если у вас осталось достаточное количество лекарства или если врач назначил вам другое лекарство.

Если вы решили не пользоваться программой автоматического повторного получения лекарств, но хотите, чтобы аптека отправила вам ваше лекарство по почте, обратитесь в аптеку за 21 день до истечения срока действия вашего рецепта. Это обеспечит своевременную отправку вашего заказа.

Чтобы отказаться от участия в программе автоматического повторного получения лекарств по почте, свяжитесь с нами, позвонив в свою аптеку с возможностью заказа по почте.

- **Аптека Express Scripts®: 1-833-750-0201 (при использовании TTY набирайте 711).**

Если вы автоматически получили по почте лекарство, которое вам не нужно, вы можете иметь право на возмещение расходов.

## Раздел 2.4 Как получить долгосрочный запас лекарственных препаратов?

План страхования предусматривает два варианта получения долгосрочного запаса (на большее число дней) поддерживающих лекарств, представленных в Перечне лекарств нашего плана. (Поддерживающими называются лекарства, которые вы регулярно принимаете для лечения хронического или длительного заболевания.)

1. Некоторые розничные аптеки в нашей сети позволяют получать долгосрочный запас поддерживающих лекарств. В Каталоге поставщиков услуг и аптек содержатся сведения о том, какие аптеки в нашей сети могут предоставить вам долгосрочный запас поддерживающих лекарств. Для получения дополнительной информации вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников плана.

2. Вы также можете получать поддерживающие лекарства через нашу программу с возможностью заказа по почте. Более подробную информацию см. в разделе 2.3.

## Раздел 2.5 В каких ситуациях можно обращаться во внесетевую аптеку?

### В определенных случаях стоимость рецептурного лекарственного препарата может покрываться

Как правило, мы оплачиваем лекарственные препараты, выданные внесетевой аптекой, *только* в том случае, если у вас нет возможности использовать сетевую аптеку. Для вашего удобства вне нашей зоны обслуживания имеются сетевые аптеки, в которых вы можете приобрести ваши рецептурные лекарственные препараты как участник нашего плана. **Сначала свяжитесь с нашим отделом обслуживания участников плана** и выясните, нет ли поблизости от вас сетевой аптеки. Скорее всего, от вас потребуют оплатить разницу между стоимостью лекарственного препарата для вас во внесетевой аптеке и стоимостью, покрываемой нами в сетевой аптеке.

Мы покроем рецептурные лекарственные препараты, полученные во внесетевых аптеках, в следующих обстоятельствах:

**Поездки:** страховое покрытие во время поездок или выезда за пределы зоны обслуживания плана.

- Если вы принимаете рецептурный препарат на регулярной основе и собираетесь в поездку, обязательно проверьте свой запас препарата перед отъездом. По возможности возьмите с собой все необходимые вам лекарственные препараты. Вы можете заказать свои рецептурные препараты заранее, обратившись в аптеку с возможностью заказа по почте.

- Если во время поездки в пределах США и их территорий вы заболеете либо потеряете или израсходуете свои рецептурные препараты, мы оплатим ваши расходы на их приобретение в аптеке, не входящей в сеть. В этой ситуации вам придется оплатить их полную стоимость (вместо внесения доплаты или дополнительного взноса) при покупке. Затем вы можете обратиться к нам с запросом о возмещении нашей части расходов на препараты, прислав форму заявки на возмещение. Если вы воспользуетесь услугами аптеки, не входящей в сеть, возможно, вам придется оплатить разницу между суммой, которую мы возместили бы в случае приобретения рецептурного препарата в сетевой аптеке, и суммой, уплаченной вами за рецептурный препарат в аптеке, не входящей в сеть. Сведения о подаче заявки на возмещение расходов представлены в разделе 2 *Порядок и адрес для подачи заявок на возмещение расходов* в главе 7.
- Кроме того, вы можете обратиться в отдел обслуживания участников плана по телефону и уточнить наличие сетевой аптеки в том регионе, куда вы направляетесь.
- Мы не можем оплачивать рецептурные препараты, приобретенные в аптеках, находящихся за пределами США и их территорий, даже при неотложных состояниях.

**Неотложное состояние:** что если рецептурный препарат нужен мне по причине неотложного состояния или необходимости оказания неотложной медицинской помощи?

- Мы оплатим ваши расходы на приобретение рецептурных препаратов в аптеке, не входящей в сеть, если такие препараты связаны с неотложным состоянием или оказанием срочной медицинской помощи. В этой ситуации вам придется оплатить их полную стоимость (вместо внесения доплаты или дополнительного взноса) при покупке. Затем вы можете обратиться к нам с запросом о возмещении нашей части расходов на препараты, прислав форму заявки на возмещение. Если вы воспользуетесь услугами аптеки, не входящей в сеть, возможно, вам придется оплатить разницу между суммой, которую мы возместили бы в случае приобретения рецептурного препарата в сетевой аптеке, и суммой, уплаченной вами за рецептурный препарат в аптеке, не входящей в сеть. Сведения о подаче заявки на возмещение расходов представлены в разделе 2 *Порядок и адрес для подачи заявок на возмещение расходов* в главе 7.

**Другие возможные ситуации:** другие случаи, в которых вам могут возместить расходы на рецептурные препараты, приобретенные в аптеках, не входящих в сеть.

- Мы покроем ваши расходы на рецептурные препараты, приобретенные в аптеке, не входящей в сеть, при одном из следующих условий:
  - Если вы не имеете возможности своевременно получить покрываемый лекарственный препарат в пределах зоны обслуживания по причине отсутствия круглосуточно работающей сетевой аптеки, до которой можно добраться на автомобиле за приемлемое время.

- Если вы хотите приобрести рецептурный препарат, которого обычно нет в запасах в доступной розничной аптеке сети или сетевой аптеке с возможностью заказа по почте (включая дорогостоящие и уникальные препараты).
- Если вы хотите приобрести вакцину, которая необходима по медицинским показаниям, но не покрывается по программе Medicare Part B, а также некоторые покрываемые препараты, которые вы принимаете в кабинете врача.

- В каждой из перечисленных выше ситуаций вы можете получить не более чем 30-дневный запас рецептурных препаратов. Кроме того, вам, скорее всего, придется оплатить стоимость лекарства, назначенную аптекой, не входящей в сеть, и прислать в наш план страхования необходимую документацию для возмещения расходов. Обязательно опишите ситуацию, из-за которой вам пришлось воспользоваться услугами аптеки, не входящей в нашу сеть. Это поможет при рассмотрении вашего запроса на возмещение расходов.

### Как запросить возмещение расходов у плана страхования?

Если вы вынуждены обратиться во внесетевую аптеку, как правило, вам придется оплатить полную стоимость при получении рецептурного лекарственного препарата. Вы можете попросить нас возместить ваши расходы. (В разделе 2 главы 7 объясняется порядок обращения к плану страхования с запросом на выплату возмещения.)

## РАЗДЕЛ 3 Ваши лекарства должны быть представлены в Перечне лекарств плана страхования

### Раздел 3.1 В Перечне лекарств отмечены покрываемые лекарственные препараты по программе Part D

Планом предусмотрен *Перечень покрываемых лекарств (Справочник лекарств)*. В настоящем *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* мы **для краткости называем его «Перечень лекарств»**.

Лекарственные препараты, представленные в этом списке, отбираются планом страхования при содействии команды врачей и фармацевтов. Перечень соответствует требованиям Medicare и одобрен Medicare.

Перечень лекарств включает лекарства, покрываемые в рамках программы Medicare Part D. Помимо лекарств, покрываемых Medicare, некоторые рецептурные препараты предоставляются вам в рамках программы California Medi-Cal (Medicaid). Для получения дополнительной информации о покрытии лекарственных препаратов в рамках Medicaid обращайтесь в отдел обслуживания участников плана.

Как правило, мы покрываем лекарственные препараты, входящие в Перечень лекарств, если вы выполняете прочие правила страхового покрытия, излагаемые в этой главе, и если соответствующее лекарство используется по установленным медицинским показаниям. «Установленные медицинские показания» действуют, когда использование лекарства *либо*:

- одобрено Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов для диагностики или лечения состояния, в связи с которым препарат был выписан;
- *или* -- подтверждается определенными справочниками, такими как Справочник лекарственных средств Американской службы больничных фармацевтов и информационная система DRUGDEX.

В Перечне лекарств представлены патентованные лекарственные препараты, непатентованные лекарственные препараты и биоаналоги.

Патентованный лекарственный препарат — это рецептурный лекарственный препарат, который продается под товарным знаком, принадлежащим производителю препарата. Патентованные лекарственные препараты, которые имеют более сложный состав, чем обычные лекарства (например, препараты на основе белка), называются биологическими препаратами. Когда мы упоминаем «лекарственные препараты» из Перечня лекарств, это может означать как лекарство, так и биологический препарат.

Непатентованный лекарственный препарат — это отпускаемый по рецепту лекарственный препарат, в котором содержатся те же действующие вещества, что и в патентованном лекарственном препарате. Поскольку биологические препараты имеют более сложный состав по сравнению с обычными лекарствами, вместо непатентованной формы используется такая альтернатива, как биоаналоги. Как правило, непатентованные лекарственные препараты и биоаналоги действуют так же, как и патентованные или биологические препараты, и при этом обычно стоят дешевле. У многих патентованных лекарственных препаратов существуют непатентованные аналоги. Для некоторых биологических препаратов существуют биоаналоги.

### Какие лекарственные препараты не входят в Перечень лекарств?

План страхования покрывает не все лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту.

- В некоторых случаях планы программы Medicare по закону не имеют права покрывать отдельные виды лекарств (более подробную информацию об этом см. в разделе 7.1 данной главы).

- В иных случаях решение не включать какой-либо препарат в Перечень лекарств было принято нами. Иногда вы можете получить лекарственный препарат, который не входит в Перечень лекарств. Подробнее см. в главе 9.

- Рецептурные препараты, покрываемые программой California Medi-Cal (Medicaid), не входят в Перечень лекарств. За информацией о препаратах, покрываемых Medicaid, обращайтесь в отдел обслуживания участников плана.

### Раздел 3.2 Как узнать, входит ли конкретный препарат в Перечень лекарств?

Существует четыре способа:

1. Проверить наиболее актуальную версию Перечня лекарств, которую мы предоставили вам в электронном виде.
2. Посетить веб-сайт плана (www.wellcare.com/healthnetCA). На веб-сайте всегда размещена актуальная версия Перечня лекарств.
3. Позвонить в отдел обслуживания участников плана и узнать, входит ли какой-либо препарат в Перечень лекарств плана, либо попросить его экземпляр.
4. Использовать инструмент Real-Time Benefit Tool (www.wellcare.com/healthnetCA или позвонить в отдел обслуживания участников плана). С помощью этого инструмента вы можете найти препараты в Перечне лекарств, чтобы узнать их примерную стоимость, а также проверить, есть ли в Перечне лекарств альтернативные препараты, которые могут помочь при том же заболевании.

## РАЗДЕЛ 4 На страховое покрытие ряда лекарственных препаратов действуют ограничения

### Раздел 4.1 Почему в отношении некоторых лекарственных препаратов действуют ограничения?

Для некоторых лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту, действуют особые правила, ограничивающие сумму и сроки их покрытия планом страхования. Эти правила были разработаны группой врачей и фармацевтов для того, чтобы помочь вам и вашему поставщику услуг использовать лекарственные препараты наиболее эффективно. Чтобы выяснить, применяются ли какие-либо из указанных ограничений в отношении лекарственного препарата, который вы принимаете или намереваетесь принимать, изучите Перечень лекарств. Если безопасный и менее дорогостоящий препарат эффективен в такой же степени, как и более дорогостоящий, правила плана побуждают вас и вашего поставщика услуг использовать менее дорогостоящий вариант.

Обратите внимание, что иногда лекарственный препарат может быть указан в нашем списке лекарственных препаратов несколько раз. Это связано с тем, что в зависимости

от различных факторов, в том числе дозировки, количества или формы лекарственного препарата, выписанного вашим поставщиком услуг (например, 10 мг или 100 мг; прием один раз в сутки или два раза в сутки; таблетки или жидкая форма), могут применяться различные ограничения или доли участия в расходах.

## Раздел 4.2 Какие ограничения существуют?

Виды ограничений, установленных нами в отношении определенных лекарственных препаратов, более подробно описаны в приведенных ниже разделах.

**Если в отношении вашего лекарственного препарата действует ограничение, это обычно означает, что вы или ваш поставщик услуг должны предпринять дополнительные шаги, чтобы мы покрыли его стоимость.** Обратитесь в отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать, что нужно сделать вам или вашему поставщику, чтобы получить покрытие на данный препарат. Если вы хотите, чтобы мы отменили ограничение в вашем случае, вам необходимо прибегнуть к процедуре запроса решения о покрытии и направить нам запрос на исключение. Мы можем дать согласие на отмену ограничения или отказать вам в его отмене. (См. главу 9.)

**Ограничение использования патентованных лекарственных препаратов или оригинальных биологических препаратов при наличии непатентованного или взаимозаменяемого биоаналога**

Как правило, **непатентованный** лекарственный препарат или *взаимозаменяемый биоаналог* оказывает тот же эффект, что и патентованный лекарственный препарат *или оригинальный биологических препарат*, но обычно стоит дешевле. **В большинстве случаев при наличии непатентованного** *или взаимозаменяемого биоаналога для* **патентованного лекарственного препарата** *или оригинального биологического препарата* **наши сетевые аптеки будут выдавать вам непатентованный** *или взаимозаменяемый биоаналог* **вместо патентованного препарата** *или оригинального биологического препарата*. Однако, если ваш поставщик услуг предоставит нам медицинское обоснование того, почему вам не подойдет ни непатентованный препарат, ни взаимозаменяемый биоаналог, ни другие препараты, включенные в объем страхового покрытия, которые применяются для лечения этого заболевания, тогда мы покроем расходы на приобретение патентованного препарата или оригинального биологического препарата. (Ваша доля расходов за патентованный препарат или оригинальный биологический препарат может быть больше, чем за непатентованный препарат или взаимозаменяемый биоаналог.)

### Получение предварительного одобрения плана

Некоторые лекарственные препараты должны быть предварительно одобрены планом по вашему запросу или по запросу вашего поставщика услуг, прежде чем мы дадим согласие на возмещение их стоимости. Такое одобрение называется **предварительным**

**разрешением**. Оно необходимо для обеспечения безопасности лекарственных препаратов и правильного применения тех или иных препаратов. Если такое одобрение не будет получено, план страхования может не покрыть ваш лекарственный препарат.

### Применение вначале другого лекарственного препарата

Согласно этому требованию вы должны попробовать менее дорогостоящие, но, как правило, не менее эффективные лекарственные препараты, прежде чем план страхования покроет другой лекарственный препарат. Например, если лекарство A применяется для лечения такого же медицинского состояния, как лекарство B, но при этом стоит дешевле, план страхования может потребовать, чтобы вы сначала попробовали лекарство A. Если лекарство A не окажет необходимого эффекта, план покроет стоимость лекарства B. Это требование сначала попробовать другой препарат называется **поэтапным лечением**.

### Количественные ограничения

Для отдельных лекарственных средств мы ограничиваем количество лекарственного препарата, которое вы можете получать каждый раз при его приобретении по рецепту. Например, если для определенного препарата безопасным считается прием лишь по одной таблетке в сутки, мы можем ограничить страховое покрытие по такому рецептурному препарату до не более чем одной таблетки в сутки.

## РАЗДЕЛ 5 Что делать, если одно из ваших лекарств не покрывается в необходимой вам степени?

### Раздел 5.1 Меры, которые вы можете предпринять, если ваше лекарство не покрывается в необходимой вам степени

Бывают ситуации, когда рецептурный препарат, который вы в настоящее время принимаете или который, по вашему мнению и по мнению вашего поставщика услуг, вы должны принимать, не внесен в наш справочник лекарств или внесен в этот справочник с ограничениями. Например:

- Лекарственный препарат может не покрываться совсем. Либо может покрываться только его непатентованная версия, а патентованный препарат, который вы планируете принимать, — нет.
- Лекарственный препарат покрывается планом страхования, но в отношении покрытия данного лекарственного препарата существуют особые правила или ограничения, как указано в разделе 4.

- Вы можете предпринять определенные меры, если ваше лекарство не покрывается в необходимой вам степени.
- Если ваш лекарственный препарат не внесен в Перечень лекарств или в отношении него действуют какие-либо ограничения, ваши возможные действия описаны в разделе 5.2.

## Раздел 5.2 Что делать, если ваш лекарственный препарат не входит в Перечень лекарств или в отношении него действует какое-либо ограничение?

Если ваш лекарственный препарат не внесен в Перечень лекарств или в отношении него действуют какие-либо ограничения, вы можете сделать следующее:

- Вы можете получить временный запас лекарственного препарата.
- Вы можете перейти на другой лекарственный препарат.
- Вы можете подать запрос на исключение из правил и попросить план страхования покрыть стоимость лекарственного препарата или снять ограничения.

### Вы можете получить временный запас лекарства

При определенных обстоятельствах план должен предоставить временный запас препарата, который вы уже принимаете. Этот временный запас дает вам время обсудить с вашим поставщиком услуг изменения в покрытии и ваши возможные дальнейшие действия.

Вы имеете право на получение временного запаса в том случае, если принимаемый вами лекарственный препарат **более не находится в Перечне лекарств ИЛИ к нему были применены какие-либо ограничения.**

- **Если вы являетесь новым участником плана,** мы оплатим временный запас лекарственного препарата в течение первых **90 дней** вашего участия в плане.
- **Если вы являлись участником плана в прошлом году,** мы покроем временный запас необходимого вам лекарственного препарата в течение первых 90 дней календарного года.
- Временное покрытие будет предоставлено на количество лекарства на максимальный срок до 30 дней при получении в розничной аптеке и до 31 дня — в аптеке при учреждении долгосрочного ухода. Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим получить по нему лекарство несколько раз в общем количестве, рассчитанном на срок до 30 дней при получении в розничной аптеке и до 31 дня — в аптеке при учреждении долгосрочного ухода. Получать рецептурные препараты необходимо в сетевых аптеках. (Обратите внимание, что аптеки при учреждениях

долгосрочного ухода могут предоставлять лекарственные препараты в меньшем количестве за раз во избежание избыточного расхода.)

- **Участники, зарегистрировавшиеся более 90 дней назад, которые пребывают на постоянной основе в учреждении долгосрочного медицинского ухода и нуждаются в немедленном пополнении запаса:**

  Мы покроем один экстренный запас соответствующего лекарственного препарата на 31 день или менее, если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней. Это количество мы покрываем дополнительно к описанному выше временному запасу лекарства.

- **Для действующих участников плана, которые переезжают из учреждения долгосрочного ухода (LTC) или из больницы домой и нуждаются в срочном временном запасе:**

  Мы покроем запас лекарства на 30 дней или меньше, если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней (в этом случае мы разрешаем повторное получение препарата по рецепту, пока совокупный объем полученного вами лекарства не достигнет объема, рассчитанного на 30 дней приема).

- **Для действующих участников плана, которые переезжают из дома или больницы в учреждение долгосрочного ухода (LTC) и нуждаются в срочном временном запасе:**

  Мы покроем запас лекарства на 30 дней или меньше, если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней (в этом случае мы разрешаем повторное получение препарата по рецепту, пока совокупный объем полученного вами лекарства не достигнет объема, рассчитанного на 30 дней приема).

По вопросам, связанным с временным запасом, звоните в отдел обслуживания участников плана.

В период получения временного запаса лекарственного препарата вам следует обсудить с вашим поставщиком услуг ваши действия после того, как временный запас закончится. У вас есть два варианта:

### 1) Вы можете перейти на другой лекарственный препарат

Поговорите со своим поставщиком услуг о том, существует ли другой препарат, покрываемый планом, который будет не менее эффективен. Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана, чтобы запросить перечень покрываемых лекарств, которые применяются для лечения такого же медицинского состояния. Этот перечень поможет вашему поставщику услуг подобрать нужное вам покрываемое лекарство.

### 2) Вы можете подать запрос на исключение из правил покрытия

Вы и ваш поставщик услуг можете подать в план страхования запрос на исключение из правил и покрытие лекарственного препарата в желаемом объеме. Если ваш поставщик услуг заявляет о наличии у вас медицинских оснований для обращения к нам с запросом на исключение, он может помочь вам подать такой запрос. Например, вы можете обратиться к сотрудникам плана с запросом на включение препарата в объем страхового покрытия, даже если он не входит в предусмотренный планом Перечень лекарств. Либо вы можете попросить план страхования сделать исключение и покрыть лекарственный препарат без ограничений.

Если вы являетесь действующим участником программы страхования и при этом принимаемый вами лекарственный препарат будет удален из справочника лекарств или подвергнут каким-либо ограничениям на следующий год, мы сообщим вам о любых изменениях до начала следующего года. Вы можете подать запрос на исключение из правил до начала следующего года, и мы ответим вам в течение 72 часов после получения запроса (или подтверждения от лица, выписывающего лекарство). Если мы удовлетворим ваш запрос, разрешение на страховое покрытие будет предоставлено до того, как изменение вступит в силу.

Если вы и ваш поставщик услуг желаете обратиться с запросом на исключение, порядок такого обращения изложен в разделе 7.4 главы 9. Здесь описаны подробный регламент и сроки исполнения, установленные программой Medicare для обеспечения своевременного и надлежащего рассмотрения вашего запроса.

## РАЗДЕЛ 6 Что делать в случае внесения изменений в страховое покрытие одного из ваших лекарств?

### Раздел 6.1 В Перечень лекарств в течение года могут быть внесены изменения

Большинство изменений в покрытие лекарственных препаратов вносится в начале каждого года (1 января).
Тем не менее план страхования может вносить некоторые изменения в Перечень лекарств и в течение года. В частности, план страхования может:

- **Добавлять или исключать лекарства из Перечня лекарств.**
- **Добавлять или исключать ограничения на покрытие того или иного лекарства.**
- **Заменять патентованный лекарственный препарат на непатентованный.**

- Заменять оригинальный биологический препарат на взаимозаменяемый биоаналог.

Перед внесением изменений в Перечень лекарств плана мы обязаны выполнить требования программы Medicare.

## Раздел 6.2 Что происходит в случае внесения изменений в покрытие принимаемого вами препарата?

### Информация об изменениях в страховом покрытии

При внесении изменений в Перечень лекарств мы публикуем информацию о таких изменениях на нашем веб-сайте. Мы регулярно в плановом порядке обновляем наш Перечень лекарств, доступный онлайн. Ниже указаны сроки получения вами адресного уведомления в случае, если изменения касаются препарата, принимаемого вами в данный момент.

### Изменения в покрытии лекарственных препаратов, которые затронут вас в течение текущего годового периода действия плана

- **Патентованный лекарственный препарат из Перечня лекарств заменяется новым непатентованным препаратом (изменяется уровень участия в расходах, вводятся новые ограничения в отношении патентованного лекарственного препарата или и то, и другое)**
  - Мы можем незамедлительно исключить из нашего Перечня лекарств патентованный лекарственный препарат в случае его замещения новым утвержденным непатентованным аналогом. Непатентованный препарат будет относиться к тому же или более низкому уровню участия в расходах и иметь те же или меньшие ограничения. Кроме того, при добавлении нового непатентованного лекарственного препарата мы можем решить оставить в Перечне лекарств и патентованный препарат, но немедленно переместить его на более высокий уровень участия в расходах или добавить новые ограничения.
  - Мы можем не предупреждать вас заранее о вносимых изменениях, даже если вы принимаете соответствующий патентованный лекарственный препарат. Если на момент внесения изменений вы принимаете патентованный лекарственный препарат, мы предоставим вам информацию о конкретных изменениях. Мы также сообщим вам о порядке действий, если вы хотите подать нам запрос на исключение из правил для покрытия патентованного лекарственного препарата. Вы можете не получить такое уведомление до внесения нами изменений.
  - Вы или лицо, выписывающее лекарство, можете попросить нас сделать исключение и обеспечить страховое покрытие патентованного лекарственного препарата. Сведения о том, как подать запрос на предоставление исключения, см. в главе 9.

- **Небезопасные лекарственные препараты и прочие лекарственные препараты из Перечня лекарств, снятые с продажи**
  - Иногда препарат может быть признан небезопасным или снят с производства по другой причине. В этом случае мы можем незамедлительно убрать такой лекарственный препарат из Перечня лекарств. Если вы принимаете такой препарат, мы сразу же сообщим вам об этом.
  - Лицо, выписывающее лекарство, также будет осведомлено об этом изменении и совместно с вами сможет подобрать другой лекарственный препарат для вашего состояния.
- **Другие изменения в отношении препаратов в Перечне лекарств**
  - После начала года мы можем внести другие изменения, затрагивающие принимаемые вами препараты. Например, мы можем добавить уже имеющийся на рынке непатентованный лекарственный препарат для замены патентованного лекарственного препарата в Перечне лекарств, изменить уровень участия в расходах, ввести новые ограничения в отношении патентованного лекарственного средства или и то, и другое. Мы также можем вносить изменения, основываясь на особых предупреждениях FDA или новых клинических рекомендациях, признанных программой Medicare.
  - В случае таких изменений мы обязаны уведомить вас не менее чем за 30 дней либо направить вам уведомление о внесении изменений и предоставить запас препарата на 30 дней через розничную аптеку либо запас принимаемого препарата на 31 день через сетевую аптеку при учреждении долгосрочного ухода.
  - Получив уведомление о внесении изменений, вы вместе с лицом, выписывающим лекарство, должны рассмотреть возможность перехода на другой покрываемый нами лекарственный препарат или выполнить все новые ограничения, касающиеся принимаемого вами препарата.
  - Вы или лицо, выписывающее лекарство, можете попросить нас сделать исключение и обеспечить страховое покрытие лекарственного препарата. Сведения о том, как подать запрос на предоставление исключения, см. в главе 9.

**Изменения в Перечне лекарств, которые не затронут вас в течение годового периода действия плана**

Мы можем внести определенные изменения в Перечень лекарств, которые не описаны выше. В этих случаях изменения не коснутся вас, если вы принимаете препарат на момент внесения изменений; однако эти изменения, скорее всего, коснутся вас с 1 января следующего страхового года, если вы останетесь участником того же плана.

Как правило, к изменениям, которые не затронут вас в течение текущего страхового года, относятся следующие:

- Мы устанавливаем новое ограничение на применение лекарственного препарата.
- Мы убираем препарат из Перечня лекарств.

Любое из этих изменений, касающихся принимаемого вами препарата (за исключением вывода препарата с рынка, замены патентованного препарата на непатентованный или других изменений, указанных в разделах выше), не скажется на применении препарата или сумме вашей части расходов на него до 1 января следующего года. Вы, скорее всего, не увидите увеличения платежей или дополнительных ограничений на применение препарата до указанной даты.

Мы не будем сообщать вам о подобных изменениях непосредственно в течение текущего страхового года. Вам необходимо изучить Перечень лекарств на следующий страховой год (когда этот перечень будет доступен в открытый период регистрации), чтобы узнать о наличии изменений в отношении принимаемых вами лекарств, которые повлияют на вас в течение следующего страхового года.

## РАЗДЕЛ 7 Какие типы лекарственных препаратов *не покрываются* планом страхования?

### Раздел 7.1 Типы лекарственных препаратов, которые не покрываются нами

В этом разделе описаны типы рецептурных препаратов, которые исключены из объема страхового покрытия. Это означает, что расходы на такие препараты по программе Medicare не возмещаются.

Если вы подадите апелляцию и будет установлено, что запрашиваемый препарат не исключен из программы Part D, мы оплатим или покроем его. (Информацию об обжаловании решения см. в главе 9.) Если препарат, исключенный нашим планом, также исключен программой California Medi-Cal (Medicaid), вы должны оплатить его самостоятельно.

Лекарственные препараты, не покрываемые в рамках программы Medicare Part D с покрытием расходов на лекарственные препараты, определяются тремя основными правилами:

- Покрытие лекарственных препаратов по программе Part D нашего плана страхования не распространяется на лекарственные препараты, которые покрываются в рамках программы Medicare Part A или Part B.
- В рамках нашего плана страхования не покрываются лекарственные препараты, приобретенные за пределами США и их территорий.

- Как правило, наш план страхования не покрывает применение вне зарегистрированных показаний. «Применение вне зарегистрированных показаний» — это любое использование лекарственного препарата, отличное от указанного в инструкции по применению, одобренной Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов.
    - Покрытие препаратов вне зарегистрированных показаний допускается только в том случае, если такое применение подтверждается определенными справочниками, такими как Справочник лекарственных средств Американской службы больничных фармацевтов и информационная система DRUGDEX.

Кроме того, согласно закону, программа Medicare не покрывает следующие категории лекарственных препаратов. Тем не менее некоторые из этих лекарственных препаратов могут покрываться для вас в рамках вашего покрытия лекарственных препаратов по программе Medicaid. За информацией о препаратах, покрываемых Medicaid, обращайтесь в отдел обслуживания участников плана.

- Свободно отпускаемые лекарственные препараты (другое название — «безрецептурные лекарственные препараты»)
- Лекарственные препараты для стимулирования репродуктивной функции
- Лекарственные препараты для лечения кашля и симптомов простуды
- Лекарственные препараты, применяемые в косметических целях или для усиления роста волос
- Отпускаемые по рецепту витамины и минеральные вещества, за исключением витаминов для беременных и препаратов фтора
- Лекарственные препараты для лечения сексуальной или эректильной дисфункции
- Лекарственные препараты для лечения анорексии, похудения или набора веса
- Амбулаторные лекарственные препараты, условием для продажи которых является сдача соответствующих анализов или получение услуг по контролю только у производителя

**Если вы получаете помощь по программе «Extra Help»** для оплаты рецептурных лекарственных препаратов, программа «Extra Help» не будет оплачивать лекарства, которые обычно не покрываются. Однако если у вас есть страховое покрытие расходов на лекарственные препараты по программе Medicaid, то программа Medicaid вашего штата может покрывать некоторые рецептурные препараты, которые обычно не покрываются планом Medicare. Обратитесь в представительство программы Medicaid в своем штате, чтобы выяснить, какое страховое покрытие расходов на лекарственные препараты может быть вам доступно (Номера телефонов и контактную информацию программы Medicaid см. в разделе 6 главы 2.)

## РАЗДЕЛ 8 Получение лекарственного препарата по рецепту

### Раздел 8.1 Предоставление данных участника плана страхования

Чтобы получить рецептурные лекарственные препараты, в выбранной сетевой аптеке предоставьте свои данные участника плана страхования, которые можно найти на вашей карте участника плана страхования. Сетевая аптека автоматически выставляет плану счет на оплату вашего лекарственного препарата.

### Раздел 8.2 Что делать, если у вас нет с собой карты участника плана страхования?

Если при получении рецептурного лекарственного препарата у вас нет с собой карты участника плана, вы или аптека можете позвонить в план, чтобы получить необходимую информацию, или попросить аптеку найти информацию о вашем участии в плане.

Если аптека не сможет получить необходимую информацию, **вам, возможно, придется оплатить полную стоимость рецептурных лекарственных препаратов при их получении**. (Затем вы можете **попросить нас возместить ваши расходы.** Информацию о порядке обращения к плану страхования с запросом на возмещение см. в разделе 2 главы 7.)

## РАЗДЕЛ 9 Страховое покрытие лекарственных препаратов по программе Part D в особых ситуациях

### Раздел 9.1 Пребывание в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода, покрываемое нашим планом страхования

Если вы поступаете в больницу или учреждение квалифицированного сестринского ухода и при этом ваше пребывание покрывается планом страхования, мы, как правило, покрываем расходы на рецептурные лекарственные препараты, назначенные вам за время вашего пребывания в этом медицинском учреждении. После выписки из больницы или учреждения квалифицированного сестринского ухода план страхования будет покрывать ваши рецептурные лекарственные препараты, если они соответствуют всем нашим правилам покрытия, описанным в данной главе.

## Раздел 9.2 Пребывание в учреждении долгосрочного ухода (LTC)

Как правило, в учреждении долгосрочного ухода (LTC) (например, центре сестринского ухода) имеется своя аптека или конкретная аптека, в которой это учреждение приобретает лекарственные препараты для всех своих пациентов. Если вы находитесь в учреждении LTC, вы можете получить рецептурные лекарственные препараты через аптеку учреждения или через аптеку, услугами которой оно пользуется, если она входит в нашу сеть.

Сверьтесь с *Каталогом поставщиков услуг и аптек*, чтобы узнать, входит ли аптека учреждения LTC или аптека, услугами которой оно пользуется, в нашу сеть. Если это не так либо если вам необходима более подробная информация или помощь, свяжитесь с отделом обслуживания участников плана. Если вы пребываете в учреждении долгосрочного медицинского ухода (LTC), мы должны убедиться в том, что вы имеете возможность систематически получать свои льготы по программе Part D через нашу сеть аптек LTC.

### Если вы находитесь в учреждении долгосрочного ухода (LTC) и нуждаетесь в лекарственном препарате, который отсутствует в нашем Перечне лекарств или в отношении покрытия которого действуют какие-либо ограничения?

Сведения о временном или экстренном запасе см. в разделе 5.2.

## Раздел 9.3 Если вы также получаете покрытие лекарственных препаратов в рамках плана страхования от работодателя или профсоюза пенсионеров

Если в настоящее время вам доступно иное страховое покрытие рецептурных препаратов по программе страхования вашего работодателя (или работодателя вашего супруга/супруги или гражданского партнера) либо профсоюза пенсионеров, обращайтесь к **соответствующему администратору страховых выплат**. Он или она поможет вам определить, как совместить доступное вам в данный момент страховое покрытие рецептурных препаратов с нашим планом страхования.

Как правило, если у вас есть коллективная страховка от работодателя или профсоюза пенсионеров, то покрытие лекарственных препаратов, которое вы получаете от нас, будет *вторичным* по отношению к вашей коллективной страховке. Это означает, что ваши расходы в первую очередь покрывает ваша коллективная страховка.

### Специальное уведомление о надежном страховом покрытии:

Каждый год ваш работодатель или профсоюз пенсионеров должны присылать вам уведомление с указанием, является ли ваше страховое покрытие рецептурных препаратов на следующий календарный год надежным.

Надежным считается такое покрытие по плану страхования от профсоюза, сумма которого в среднем составляет не меньше суммы стандартного покрытия рецептурных препаратов в рамках Medicare.

**Сохраните это уведомление о надежном страховом покрытии,** так как оно может понадобиться вам в дальнейшем. Если вы становитесь участником плана страхования в рамках программы Medicare с покрытием лекарственных препаратов по программе Part D, эти уведомления могут понадобиться вам как доказательство наличия у вас надежного покрытия. Если вы не получили уведомление о надежном покрытии, запросите его копию у администратора страховых выплат плана вашего работодателя или профсоюза пенсионеров либо у работодателя или профсоюза.

## Раздел 9.4 Пребывание в хосписе, сертифицированном Medicare

Хоспис и наш план не покрывают один и тот же лекарственный препарат одновременно. Если вы находитесь в сертифицированном программой Medicare хосписе и нуждаетесь в определенных препаратах (например, противорвотные, слабительные, болеутоляющие или противотревожные препараты), не покрываемых хосписом, поскольку они не связаны с терминальной стадией неизлечимого заболевания и сопутствующими состояниями, лицо, выписывающее лекарство, либо ваш поставщик услуг хосписа должны уведомить план страхования о том, что данный препарат не связан с уходом за неизлечимым больным, прежде чем мы сможем покрыть его стоимость. Во избежание задержек в получении таких препаратов, которые должны покрываться нашим планом, попросите своего поставщика услуг хосписа или лицо, выписывающее лекарство, уведомить вас об этом до получения лекарства по рецепту.

Если вы откажетесь от пребывания в выбранном вами хосписе либо вас выпишут из него, наш план покроет расходы на ваши препараты, как разъясняется в настоящем документе. Чтобы избежать задержки обслуживания в аптеке после прекращения действия услуг хосписа в рамках программы Medicare, предоставьте аптеке документацию, которая подтверждает ваш отзыв решения или выписку из хосписа.

# РАЗДЕЛ 10 Программы безопасного приема лекарственных препаратов и управления лекарственным обеспечением

## Раздел 10.1 Программы, помогающие участникам плана страхования использовать лекарственные препараты безопасно

Мы проводим проверки применения лекарственных препаратов участниками нашего плана страхования с целью обеспечить получение ими безопасного и правильного лечения.

Мы проводим проверку каждый раз, когда вы получаете рецептурный препарат. Кроме того, мы регулярно проверяем свою документацию. В ходе этих проверок мы выявляем такие потенциальные проблемы, как:

- Возможные ошибки при применении лекарственных препаратов
- Назначение лекарственных препаратов, которые могут быть не нужны, так как вы принимаете другой препарат для лечения того же заболевания
- Назначение лекарственных препаратов, которые могут быть небезопасны или не подходить вам в силу вашего возраста или пола
- Назначение определенных сочетаний лекарственных препаратов, которые могут причинить вам вред при одновременном приеме
- Назначение препаратов, на компоненты которых у вас аллергия
- Возможные ошибки в количестве (дозировке) лекарственного препарата, который вы принимаете
- Небезопасное количество опиоидных болеутоляющих препаратов

В случае выявления возможных проблем, касающихся приема вами лекарственных препаратов, мы свяжемся с вашим поставщиком услуг для их устранения.

## Раздел 10.2 Программа контроля приема лекарств (DMP), помогающая участникам плана страхования безопасно применять опиоидные лекарственные препараты

У нас действует программа, помогающая обеспечить участникам плана страхования безопасное применение опиоидных препаратов или других лекарственных препаратов, которые часто используются неправомерно. Эта программа называется «Программа

контроля приема лекарств» (DMP). Если вы принимаете опиоидные препараты, которые получаете от нескольких врачей или аптек, либо если недавно у вас случалась передозировка опиоидными препаратами, мы можем проконсультироваться с вашими врачами с целью убедиться, что вы принимаете такие препараты правильно и строго по медицинским показаниям. Если мы совместно с вашими врачами решим, что для вас существует риск неправильного применения рецептурных опиоидных препаратов или препаратов бензодиазепина, мы можем ограничить доступные вам способы получения таких препаратов. Если мы определяем вас в нашу программу DMP, ограничения могут быть следующими:

- Требование получать все рецептурные опиоидные или бензодиазепиновые препараты в определенных аптеках
- Требование получать все рецептурные опиоидные или бензодиазепиновые препараты у определенных врачей
- Ограничение количества опиоидных или бензодиазепиновых препаратов, которое мы покрываем для вас

Если мы планируем ограничить получение вами этих лекарств или их количество, мы направим вам соответствующее письмо. В письме будет указано, ограничим ли мы вам покрытие таких лекарственных препаратов или потребуем ли получать такие препараты по всем рецептам в определенной аптеке или у определенного врача. У вас будет возможность сообщить нам, к каким врачам вы предпочитаете обращаться и какие аптеки использовать, а также передать любые сведения, которые, по вашему мнению, нам необходимо знать. После того как у вас будет возможность ответить, если мы примем решение ограничить покрытие этих лекарств, мы направим вам еще одно письмо, подтверждающее это ограничение. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, не согласны с нашим решением или с ограничением, вы и ваш лечащий врач имеете право подать апелляцию. В случае подачи апелляции мы рассмотрим ваш случай и предоставим вам новое решение. Если какая-либо часть вашего запроса в отношении ограничений вашего доступа к лекарственным препаратам будет отклонена, мы автоматически отправим ваш случай на рассмотрение независимому эксперту, не связанному с нашим планом страхования. Информацию о порядке подачи апелляции см. в главе 9.

Мы не определим вас в нашу программу DMP при наличии у вас определенных медицинских состояний, например, если вы страдаете от острой боли, связанной с онкологическим заболеванием, или от серповидно-клеточной анемии, находитесь в хосписе либо получаете паллиативную медицинскую помощь или помощь в терминальной стадии болезни, или если вы пребываете в учреждении долгосрочного ухода.

## Раздел 10.3 Программа контроля лекарственного лечения (MTM), помогающая участникам управлять приемом их лекарственных препаратов

У нас действует программа помощи участникам нашего плана страхования с комплексными медицинскими потребностями. Она называется программой контроля лекарственного лечения (MTM). Участие в программе является добровольным и бесплатным. Команда фармацевтов и врачей разработала для нас эту программу, чтобы наши участники получали максимальную пользу от принимаемых ими лекарств.

Получать услуги по программе MTM могут некоторые участники нашего плана страхования, которые принимают лекарственные препараты с высокой стоимостью для лечения различных медицинских состояний или которые состоят в программе DMP, помогающей участникам плана страхования безопасно применять опиоидные лекарственные препараты. Если вы соответствуете критериям участия в программе, фармацевт или другой медицинский специалист всесторонне проанализирует ваши лекарственные препараты. В ходе пересмотра вы можете обсудить ваши лекарственные препараты, ваши расходы и любые проблемы или вопросы, возникающие у вас в связи с приемом рецептурных и безрецептурных препаратов. Вы получите письменное заключение, содержащее список рекомендуемых действий, которые необходимо предпринять для получения максимального эффекта от применения лекарственных препаратов. Вы также получите список лекарств, в котором будут указаны все принимаемые вами препараты, их количество, время и причины приема. Кроме того, участники программы MTM получат информацию о безопасной утилизации рецептурных препаратов, являющихся контролируемыми веществами.

Нелишним будет обсудить с врачом рекомендуемый список дел и список лекарств. Возьмите этот документ с собой, когда соберетесь посетить врача или в любое другое время, чтобы обсудить их с врачом, фармацевтом или другими поставщиками медицинских услуг. Кроме того, держите список лекарств в актуальном состоянии и всегда берите его с собой (например, с вашим документом, удостоверяющим личность) в больницу или отделение неотложной помощи.

Если у нас предусмотрена программа, которая удовлетворяет вашим потребностям, мы автоматически включим вас в нее и вышлем вам необходимую информацию. Если вы решите отказаться от участия, сообщите нам об этом, и мы выведем вас из программы. Если у вас есть вопросы об этой программе, позвоните в отдел обслуживания участников плана.

## РАЗДЕЛ 11 Мы отправляем вам отчеты с пояснениями по оплате лекарств и указанием текущей стадии

### Раздел 11.1 Мы присылаем вам ежемесячный отчет *Разъяснение страховых выплат по программе Part D* (отчет EOB по программе Part D)

Наш план страхования отслеживает расходы на ваши рецептурные лекарственные препараты и суммы ваших выплат при получении или повторном получении лекарственных препаратов по рецепту в аптеке. Благодаря этому мы можем сказать вам, когда вы перешли с одной стадии оплаты лекарственных препаратов на другую. В частности, мы контролируем расходы двух типов:

- Мы отслеживаем ваши расходы. Это т. н. ваши личные расходы.
- Мы отслеживаем общую стоимость препаратов. Это сумма ваших личных расходов (или расходов других лиц от вашего имени) и сумма, выплаченная планом страхования.

Если в течение предыдущего месяца вы один или несколько раз получали лекарства по рецепту через план страхования, мы отправим вам *Разъяснение страховых выплат по программе Part D* (отчет EOB по программе Part D). В отчет EOB по программе Part D включены следующие сведения:

- **Информация за этот месяц.** В отчете отражена информация по платежам за рецептурные препараты, приобретенные в предыдущем месяце. Указана общая стоимость препаратов, выплаченная планом сумма, а также сумма, выплаченная вами или кем-то другим от вашего имени.
- **Общие расходы за год с 1 января.** Это т. н. информация с начала года. Указана общая стоимость препаратов и общие расходы на ваши препараты с начала года.
- **Информация о стоимости лекарственных препаратов.** Эта информация включает общую стоимость лекарств, а также данные об увеличении стоимости с момента первого получения лекарства для каждого рецепта на одинаковое количество лекарства.
- **Наличие более дешевых альтернативных рецептурных препаратов.** Сюда относится информация о других доступных препаратах с более низкой стоимостью по каждому рецепту.

## Раздел 11.2. Помогите нам обеспечить актуальность информации о ваших расходах на лекарства

Чтобы отслеживать стоимость ваших препаратов и ваши платежи за них, мы используем информацию, полученную от аптек. Вы можете помочь нам поддерживать актуальность и точность ваших сведений следующим образом:

- **Каждый раз при получении лекарства по рецепту предъявляйте свою карту участника плана.** Это позволит нам отслеживать приобретаемые вами рецептурные лекарственные препараты и ваши расходы на них.
- **Следите за тем, чтобы мы получали необходимую информацию.** В некоторых случаях вы оплачиваете полную стоимость рецептурного препарата. В этих случаях мы не будем автоматически получать информацию, необходимую для отслеживания ваших личных расходов. Чтобы помочь нам отслеживать ваши личные расходы, направляйте нам копии своих квитанций об оплате. Ниже приведены некоторые ситуации, в которых вам следует предоставить нам копии ваших квитанций за лекарства:
  - Когда вы покупаете покрываемый лекарственный препарат в сетевой аптеке по специальной цене или с использованием дисконтной карты, которая не является частью покрытия нашего плана.
  - Когда вы вносите доплату за лекарственные препараты, которые получаете в рамках программы помощи пациентам от производителя лекарственного препарата.
  - Каждый раз, когда вы приобретаете покрываемый лекарственный препарат во внесетевой аптеке или когда вы платите полную цену за лекарственный препарат в особых обстоятельствах.
  - Если вам выставили счет на оплату покрываемого лекарственного препарата, вы можете обратиться к нам с запросом на выплату нашей доли участия в расходах на лекарство. Соответствующую процедуру см. в разделе 2 главы 7.
- **Присылайте нам информацию о платежах, совершенных за вас другими лицами.** Платежи, сделанные иными людьми и организациями, также учитываются как ваши личные расходы. Например, выплаты по той или иной программе помощи штата в оплате лекарственных препаратов, программе помощи штата в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP), выплаты от службы здравоохранения для индейцев, а также от большинства благотворительных организаций засчитываются в пользу ваших личных расходов. Ведите учет таких платежей и присылайте нам соответствующую документацию, чтобы мы могли отслеживать ваши расходы.

- **Проверяйте письменные отчеты, которые мы вам отправляем.** Получив отчет EOB по программе Part D, просмотрите его и убедитесь, что в нем содержится полная и точная информация. Если вы считаете, что в отчете есть упущения, или если у вас есть какие-либо вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана. Вместо того, чтобы получать по почте печатную версию документа *Разъяснение страховых выплат по программе Part D* (отчет EOB по программе Part D), теперь у вас есть возможность получать электронную версию отчета EOB по программе Part D. Вы можете запросить ее на веб-сайте https://www.express-scripts.com/. Если вы предпочтете такой вариант получения документации, вы получите электронное письмо с уведомлением, что ваш отчет EOB по программе Part D готов к просмотру, печати или загрузке. Электронные отчеты EOB по программе Part D также называются безбумажными отчетами EOB по программе Part D. Безбумажные отчеты EOB по программе Part D являются точными копиями (изображениями) печатных отчетов EOB по программе Part D. Обязательно сохраняйте такие отчеты.

# ГЛАВА 6.

## *Ваши расходы на рецептурные лекарственные препараты по программе Part D*

### Как можно получить информацию о стоимости лекарственных препаратов?

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medicaid, вы также имеете право участвовать в программе «Extra Help» от Medicare, помогающей с оплатой ваших расходов на рецептурные лекарственные препараты. Поскольку вы являетесь участником программы «Extra Help», **некоторая информация о расходах на рецептурные препараты в рамках программы Part D в данном *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* может вас не касаться.** Мы отправили вам отдельный вкладыш под названием *«Дополнение к документу об объеме страховой ответственности страховщика для лиц, получающих дополнительную помощь в оплате рецептурных препаратов»* (другое название — «Дополнение о предоставлении субсидий при низком доходе» или «Дополнение о LIS»), в котором рассказывается о доступном вам страховом покрытии лекарств. Если вы не получили этот вкладыш, позвоните в отдел обслуживания участников плана и запросите «Дополнение о LIS».

# ГЛАВА 7.

## *Направление запроса на оплату счета, полученного вами за покрываемые медицинские услуги или лекарственные препараты*

## РАЗДЕЛ 1 Ситуации, в которых вам следует попросить нас оплатить покрываемые услуги или лекарственные препараты

Наши сетевые поставщики услуг выставляют счет за покрываемые услуги и лекарства непосредственно плану; вы не должны получать счет за покрываемые услуги или лекарства. Если вы получили счет за оказанное медицинское обслуживание или полученные лекарства, вы должны направить его нам, чтобы мы могли его оплатить. Получив от вас счет, мы рассмотрим его и решим, относятся ли эти услуги к покрываемым. Если мы примем решение о покрытии, мы заплатим поставщику услуг напрямую.

**Если вы уже заплатили за медицинскую услугу или товар в рамках программы Medicaid, покрываемые нашим планом**, то вы можете обратиться к нам с запросом на возврат вам расходов (возврат расходов часто называется **возмещением расходов**). Вы имеете право получить возмещение от нашего плана, если вы оплатили медицинские услуги или лекарства, покрываемые нашим планом. Когда вы высылаете нам оплаченный вами счет, мы изучаем его и принимаем решение о возможности покрытия услуги или лекарства. Если мы примем решение о покрытии, мы возместим ваши расходы на услугу или лекарство.

**Если вы уже заплатили за медицинскую услугу или товар в рамках программы Medicare, покрываемые нашим планом**, то вы можете обратиться к нам с запросом на возврат вам расходов (возврат расходов часто называется **возмещением расходов**). Вы имеете право получить возмещение от нашего плана, если вы оплатили медицинские услуги или лекарства, покрываемые нашим планом. Могут быть установлены сроки, в которые необходимо уложиться для получения возмещения расходов. См. раздел 2 настоящей главы. Когда вы высылаете нам оплаченный вами счет, мы изучаем его и принимаем решение о возможности покрытия услуги или лекарства. Если мы примем решение о покрытии, мы возместим ваши расходы на услугу или лекарство.

Также возможны случаи, когда вы получаете от поставщика услуг счет на оплату полной стоимости полученного вами медицинского обслуживания или, возможно, на сумму, превышающую вашу долю участия в расходах, как описано в настоящем документе. Сначала попытайтесь урегулировать вопрос со счетом с поставщиком услуг. Если не получится, отправьте счет нам, но не оплачивайте его. Мы рассмотрим счет и решим, относятся ли услуги к покрываемым. Если мы примем решение о покрытии, мы заплатим поставщику услуг напрямую. Если мы решим не оплачивать счет, мы сообщим об этом поставщику. Ваши расходы не должны превышать допустимую планом сумму участия в расходах. Если с этим поставщиком услуг заключен договор, вы все равно имеете право на лечение.

Ниже приведены примеры ситуаций, когда вам может понадобиться направить нам запрос о возмещении выплаты или об оплате полученного вами счета.

1. **Если вы получили экстренную или неотложную медицинскую помощь у поставщика услуг, не входящего в сеть нашего плана**

   Вы можете получить экстренную и неотложную медицинскую помощь у любого поставщика услуг, независимо от того, входит ли он в нашу сеть. В этих случаях обратитесь к поставщику услуг с запросом о выставлении нам счета.

   - Если вы самостоятельно выплачиваете всю сумму при получении помощи, вам необходимо обратиться к нам с запросом на возврат вам средств. Отправьте нам полученный счет вместе с документами, подтверждающими любые произведенные выплаты.
   - Иногда вы получаете от поставщика услуг счет, по которому вы, по вашему мнению, не должны платить. Пришлите нам такой счет вместе с подтверждением каждого совершенного вами платежа.
     - Если поставщик услуг все еще должен получить какую-то оплату, мы заплатим ему напрямую.
     - Если вы уже оплатили услугу, мы возместим вам расходы.

2. **Если сетевой поставщик услуг отправляет вам счет, который, по вашему мнению, вы не должны оплачивать**
   Сетевые поставщики услуг всегда должны выставлять счета напрямую плану страхования. Но иногда они допускают ошибки и просят оплатить услуги.

   - Во всех случаях, когда вы получаете счет от сетевого поставщика услуг, вышлите его нам. Мы свяжемся с поставщиком услуг напрямую и решим проблему с выставлением счета.
   - Если вы уже оплатили счет, выставленный сетевым поставщиком услуг, пришлите нам этот счет вместе с документами, подтверждающими совершенные вами платежи. Вам следует обратиться к нам, чтобы возместить расходы на покрываемые услуги.

3. **Если вы стали участником нашего плана страхования задним числом**
   Иногда вступление лица в план страхования происходит задним числом. (Это означает, что день вступления в план уже прошел. Возможно, что дата регистрации наступила еще в прошлом году.)

Если вы вступили в наш план страхования задним числом и оплатили из личных средств любые из доступных вам покрываемых услуг или лекарственных препаратов после даты вступления, вы можете обратиться к нам с запросом на возмещение расходов. Для оформления возмещения вам необходимо предоставить соответствующие документы, такие как квитанции об оплате и счета.

4. **Если вы используете внесетевую аптеку для получения лекарственных препаратов по рецепту**
   Если вы обращаетесь во внесетевую аптеку, она не сможет направить нам страховое требование напрямую. В таком случае вам придется оплатить полную стоимость вашего рецептурного препарата.

   Сохраните квитанцию об оплате и пришлите нам ее копию при обращении с запросом на возврат средств. Помните, что мы оплачиваем услуги внесетевых аптек только в ограниченных случаях. Подробная информация об этих случаях рассмотрена в разделе 2.5 главы 5.

5. **Если вы выплачиваете полную стоимость лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту, по причине отсутствия карты участника плана страхования**
   Если при получении лекарственных препаратов по рецепту у вас не окажется с собой вашей карты участника плана страхования, попросите сотрудника аптеки связаться с нами или поискать информацию о вашем участии в плане. Однако если в аптеке не могут получить необходимую информацию о вашем участии в плане в данный момент, вам, возможно, придется самостоятельно выплатить полную стоимость рецептурных лекарственных препаратов. Сохраните квитанцию об оплате и пришлите нам ее копию при обращении с запросом на возврат средств.

6. **Если вы выплачиваете полную стоимость лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту, по другой причине**
   Возможно, вам придется заплатить полную стоимость рецептурного лекарственного препарата, если выяснится, что он по какой-либо причине не покрывается планом страхования.

   - Например, лекарственный препарат может отсутствовать в нашем Перечне лекарств либо в отношении него может действовать требование или ограничение, о котором вы не знаете или считаете, что оно к вам неприменимо. Если вы решите получить лекарственный препарат немедленно, вам придется заплатить его полную стоимость.

- Сохраните квитанцию об оплате и пришлите нам ее копию при обращении с запросом на возврат средств. В некоторых случаях нам может потребоваться дополнительная информация от вашего врача, чтобы возместить вам расходы на лекарство.

**7. Если вы зарегистрировались для участия в нашем плане задним числом, поскольку имели право на участие в программе Medicaid**

Medicaid представляет собой программу, реализуемую совместно федеральным правительством и правительством штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы определенным группам лиц с низким доходом и ограниченными ресурсами. Некоторые участники программы Medicaid автоматически становятся участниками нашего плана для получения страхового покрытия рецептурных лекарственных препаратов. Иногда вступление лица в план страхования происходит задним числом. (Это означает, что день вступления в план уже прошел. Возможно, что дата регистрации наступила еще в прошлом году.)

Если вы вступили в наш план страхования задним числом и оплатили из личных средств любые из лекарственных препаратов после даты вступления, вы можете обратиться к нам с запросом на возмещение расходов. Для оформления возмещения вам необходимо предоставить соответствующие документы, такие как квитанции об оплате и счета.

- Вышлите нам копию ваших квитанций об оплате при направлении нам запроса на возмещение выплаты.
- Вы должны запросить возмещение ваших личных расходов (а не расходов, оплаченных в рамках другой программы страхования).
  - План может не оплатить стоимость препаратов, не представленных в нашем перечне лекарств. Во всех приведенных выше примерах проиллюстрированы виды решений о предоставлении страхового покрытия. Это означает, что в случае отклонения вашего запроса на возмещение расходов вы можете обжаловать наше решение. Информацию о порядке подачи апелляции см. в главе 9 «Порядок действий при наличии проблемы или жалобы (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)» настоящего документа.

Когда вы высылаете нам запрос на оплату, мы рассматриваем его и принимаем решение о возможности покрытия услуги или лекарства. Это называется решением о страховом покрытии. Если мы примем решение о покрытии, мы оплатим услугу или лекарство. В случае отклонения вашего запроса на оплату вы можете обжаловать наше решение. Информацию о порядке подачи апелляции см. в главе 9 настоящего документа.

## РАЗДЕЛ 2 Порядок обращения к нам по поводу возмещения ваших расходов или оплаты полученного вами счета

Вы можете запросить возмещение расходов в письменном виде. Если вы направляете запрос в письменном виде, пришлите счет и документы, подтверждающие совершенные вами платежи. Рекомендуем вам сделать для себя копии счета и квитанций об оплате. **Вы должны подать страховое требование в течение 365 дней (в случае страховых требований на оплату медицинского обслуживания) или в течение трех лет (в случае страховых требований на оплату лекарств)** со дня, когда вы получили услугу, товар или лекарство.

Чтобы предоставить нам все сведения, необходимые для принятия решения, можно воспользоваться нашей формой страхового требования.

- Вы не обязаны использовать форму, но это поможет нам обработать информацию быстрее. Для отправки запросов в отдел возмещения расходов на веб-портале доступны формы страховых требований. Хотя мы настоятельно рекомендуем нашим участникам использовать форму для обеспечения представления всех документов, это не обязательно. Участники также могут отправить копию счета без формы. В любом случае необходимо указать информацию о поставщике услуг, даты оказания услуги, коды Современной врачебной терминологии по процедурам (CPT), если применимо, коды или описания диагнозов и суммы, на которые выставлены счета, а также все имеющиеся у них медицинские документы и, если необходимо, краткое описание причин, по которым потребовалась помощь. Одновременно со страховым требованием участник должен представить подтверждение оплаты. Подтверждением оплаты является выписка с банковского счета или кредитной карты или копия оплаченного чека.

- Вы можете загрузить копию формы с нашего веб-сайта www.wellcare.com/healthnetCA либо позвонить в отдел обслуживания участников плана и запросить форму.

В случае медицинских услуг отправьте нам запрос на оплату по почте вместе со всеми счетами или оплаченными квитанциями по следующему адресу:

**Адрес для запросов на оплату**
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640

В случае рецептурных лекарственных препаратов по программе Part D отправьте нам запрос на оплату по почте вместе со всеми счетами или оплаченными квитанциями по следующему адресу:

**Адрес для запросов на оплату лекарств по программе Part D**
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

## РАЗДЕЛ 3 Мы рассмотрим ваш запрос на оплату и вынесем положительное или отрицательное решение

### Раздел 3.1 Мы проверяем, должны ли мы покрывать расходы на услугу или лекарственный препарат

Получив вашу заявку на возмещение расходов, мы сообщим вам, нужна ли нам дополнительная информация. Если она нам не нужна, мы рассмотрим ваш запрос и примем решение о покрытии.

- Если мы решим, что медицинское обслуживание или лекарственный препарат подлежит покрытию и вы соблюдали все правила, мы оплатим услугу. Если вы уже оплатили услугу или лекарственный препарат, вы отправим ваше возмещение по почте. Если вы еще не оплатили услугу или лекарственный препарат, мы отправим платеж по почте непосредственно поставщику услуг.

- Если мы решим, что медицинское обслуживание или лекарственный препарат *не подлежит* покрытию, или если вы не соблюдали все правила, мы не будем оплачивать медицинское обслуживание или лекарственный препарат. Мы пришлем вам письмо с объяснением причин отказа в возмещении расходов, а также ваших прав на обжалование такого решения.

## Раздел 3.2 Если мы сообщим вам, что не будем оплачивать медицинское обслуживание или лекарственный препарат, вы можете подать апелляцию

Если вы считаете, что мы ошибочно отклонили ваш запрос на оплату или что мы совершили ошибку при определении размера оплачиваемой нами суммы, вы можете подать апелляцию. Если вы подаете апелляцию, это означает, что вы подаете запрос на изменение решения, которое мы приняли, когда отклонили ваш запрос на оплату. Процедура подачи апелляции — это официальная процедура, предусматривающая подробный регламент и обязательные сроки исполнения. Подробную информацию о том, как подать такую апелляцию, см. в главе 9 настоящего документа.

# ГЛАВА 8.

## *Ваши права и обязанности*

## РАЗДЕЛ 1 Наш план страхования должен уважать ваши права и культурные особенности как участника

### Раздел 1.1 Мы обязаны предоставлять информацию в понятной для вас форме и в соответствии с вашими культурными особенностями (на иностранных языках, шрифтом Брайля, в аудиоформате, крупным шрифтом или в другом альтернативном формате и т. д.)

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

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

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un nivel de inglés o una capacidad de lectura limitados, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan

puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. Aparte del inglés, también disponemos de contenido para usted en otros idiomas comúnmente hablados en el área de servicio del plan. De ser necesario, también podemos brindarle información en audio, braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno. Estamos obligados a ofrecerle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte de nosotros en un formato que le sea conveniente, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de tener acceso directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante Servicios para los miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以文化適合的方式提供，並且所有投保人皆能取得，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不全，或具有不同文化和種族背景的人士。計劃符合這些協助工具要求的範例包括但不限於：提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文字電話或電傳打字機電話）連線。

本項計劃有免費口譯員服務，可回答不會講英文的會員提出的問題。我們還為計劃服務區域內英語不是母語者提供英語以外的其他語言的資料。如果需要，我們也可以免費為您提供點字版、大字體印刷或替代格式的資訊。我們需要以可得取性和適合您的格式向您提供有關計劃給付的資訊。若要向我們取得適合您使用的資訊，請致電會員服務部。

我們的計劃均需讓女性投保人可以選擇直接與網絡內的女性專科醫師聯絡，以取得女性例行性和預防性健康照護服務。

如果計劃網絡內的專科醫師無法提供服務，計劃有責任在網絡外尋找能提供您必要照護的專科醫師。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現計劃的網絡中沒有您所需承保服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解如何透過網絡內分攤費用獲得此服務。

如果您無法從我們的計劃獲取適合您便於使用的格式之資訊，請致電會員服務部提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室，電話是 1-800-368-1019，或 TTY 1-800-537-7697。

Chương trình của quý vị được yêu cầu đảm bảo tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có hiểu biết về văn hóa và dễ tiếp cận đối với tất cả những người đăng ký, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng yêu cầu về khả năng việc dễ tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản).

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi cũng có sẵn tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh được sử dụng ở khu vực dịch vụ của chương trình. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin ở dạng âm thanh, chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn hoặc các định dạng khác thay thế miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi Dịch Vụ Thành Viên.

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và định kỳ của phụ nữ.

Nếu không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, chương trình phải có trách nhiệm tìm bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí dịch vụ trong mạng lưới. Nếu quý vị cho rằng mình đang trong tình huống là không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình bao trả cho dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi chương trình đó để biết thông tin về nơi nhận dịch vụ này mà quý vị chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp rắc rối trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị, vui lòng gọi để gửi đơn khiếu nại tới Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp với Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

Kailangang tiyakin ng inyong plano na ang lahat ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible sa lahat ng enrollee, kabilang na ang mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Kabilang sa mga halimbawa kung paano puwedeng tugunan ng plano ang mga kinakailangang ito sa accessibility ang, pero hindi limitado sa, pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, mga serbisyo ng interpreter, mga teletypewriter, o koneksyon sa TTY (text telephone o teletypewriter phone).

Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong ng mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Mayroon din kaming mga materyal na magagamit sa mga wika bukod sa Ingles na sinasalita sa sineserbisyuhang lugar ng plano. Makakapagbigay rin kami sa inyo ng impormasyon sa audio, sa pamamagitan ng braille, sa malaking print, o sa iba pang alternatibong format na libre kung kailangan ninyo. Hinihingi sa amin na bigyan ka ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plano sa isang format na madaling gamitin at naaangkop para sa iyo. Para humingi ng impormasyon mula sa amin sa paraang epektibo para sa inyo, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro.

Kailangan ng aming plano na bigyan ang mga babaeng enrollee ng opsyon para direktang mag-access ng espesyalista sa kalusugan ng kababaihan na nasa network para sa mga regular at pang-agap na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng kababaihan.

Kung walang available na provider sa network ng plano para sa isang specialty, responsibilidad ng plano na maghanap ng mga specialty provider sa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahaginan sa gastos na nasa network lang (in-network cost sharing) ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng plano na sumasaklaw sa serbisyong kailangan ninyo, tawagan ang plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahaginan sa gastos na nasa network.

Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na accessible at naaangkop sa inyo, mangyaring tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Puwede rin kayong maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights) sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Согласно требованиям, действующим в отношении вашего плана страхования, все услуги, как клинического, так и неклинического характера, должны предоставляться с учетом культурных особенностей и быть доступны всем участникам плана, включая лиц с ограниченным владением английским языком, ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также лиц, представляющих различные культурные и этнические общности. Примерами того, как план страхования может соблюдать эти требования к возможностям доступа, выступают в том числе обязательства предоставлять услуги устного и письменного перевода, телетайпные аппараты и возможность связи по TTY (текстовый телефон или телетайп).

Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы, если вы говорите на языке, отличном от английского. Кроме того, наши материалы доступны на других языках, помимо английского, которыми владеют люди, проживающие в зоне обслуживания плана. При необходимости мы также можем бесплатно предоставить вам информацию в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах. Мы обязаны предоставлять вам информацию о предусмотренных планом льготах в доступном и подходящем для

вас формате. Для получения информации в удобном для вас формате позвоните в отдел обслуживания участников плана.

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, участницам плана должна предоставляться возможность обращаться за плановыми и профилактическими услугами напрямую к гинекологу, представленному в сети плана.

В случае отсутствия в сети плана поставщиков услуг соответствующей специализации, план страхования несет ответственность за поиск внесетевых специалистов, которые предоставят необходимое обслуживание. В таком случае от вас потребуется оплатить только долю расходов, соответствующую доле расходов за услуги в пределах сети. Если вы оказались в ситуации, когда необходимая вам услуга не оказывается специалистами, представленными в сети плана, позвоните в план страхования и запросите информацию о том, куда обратиться за этой услугой, чтобы при этом ваша доля расходов соответствовала доле расходов за услуги в пределах сети.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана страхования в доступном и подходящем для вас формате, вы можете подать претензию, позвонив в отдел обслуживания участников плана. Кроме того, вы можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), или непосредственно в Управление по гражданским правам, позвонив по номеру 1-800-368-1019, TTY: 1-800-537-7697.

## Раздел 1.2 Мы обязаны обеспечивать для вас своевременный доступ к покрываемым услугам и лекарственным препаратам

Вы имеете право выбирать поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) из числа входящих в сеть плана для предоставления и организации ваших покрываемых услуг. Женщины имеют право на посещение специалиста по женскому здоровью (например, гинеколога) без направления.

Вы имеете право записываться на прием и получать покрываемые услуги от поставщиков услуг, входящих в предусмотренную планом сеть, *в разумные сроки*. Это включает в себя право на своевременное получение услуг специалистов, когда вы в них нуждаетесь. Вы также имеете право приобретать или пополнять запас своих рецептурных препаратов в любой аптеке нашей сети без длительных задержек.

Если вы считаете, что не получаете медицинское обслуживание или лекарственные препараты по программе Part D в разумные сроки, в главе 9 рассказывается о том, что вы можете сделать.

## Раздел 1.3 Мы обязаны защищать конфиденциальность вашей личной информации о здоровье

Федеральное законодательство и законодательство штата защищают конфиденциальность вашей истории болезни и личной информации о здоровье. Мы защищаем вашу личную информацию о здоровье в соответствии с требованиями законодательства.

- Ваша личная информация о здоровье включает **личную информацию**, предоставленную вами при вступлении в наш план страхования, а также ваши медицинские документы и информацию о вашем здоровье.
- У вас есть права, связанные с вашей информацией и контролем над тем, как используется ваша информация о здоровье. Мы направляем вам письменное *Уведомление о соблюдении конфиденциальности*, в котором разъясняются эти права, а также объясняется, как мы обеспечиваем конфиденциальность информации о вашем здоровье.

### Способы обеспечения конфиденциальности вашей медицинской информации

- Мы принимаем меры, чтобы предотвратить несанкционированный доступ к вашим документам.
- За исключением обстоятельств, указанных ниже, если мы намереваемся передать вашу информацию о здоровье лицам, не предоставляющим и не оплачивающим ваше медицинское обслуживание, *мы должны сначала получить письменное разрешение от вас или от лица, которому вы предоставили законное право принимать за вас решения.*
- В определенных исключительных случаях нам необязательно сначала получать от вас письменное разрешение. Такие исключения разрешены или требуются по закону.
  - Мы обязаны раскрывать данные о здоровье государственным органам, осуществляющим проверку качества предоставляемого медицинского обслуживания.
  - Поскольку вы являетесь участником нашего плана страхования посредством программы Medicare, мы обязаны предоставлять ей информацию о состоянии вашего здоровья, в том числе сведения о принимаемых вами рецептурных препаратах по программе Part D. Если Medicare предоставит ваши данные для целей исследования или иных целей, это будет сделано с соблюдением федеральных нормативно-правовых актов. Обычно в таком случае запрещено предоставлять информацию, позволяющую идентифицировать вас.

### Вы можете просматривать свою документацию и знать, кому был предоставлен доступ к ней

Вы имеете право просматривать свою медицинскую документацию, которая ведется нами в связи с вашим участием в плане, и получать копии такой документации. Нам разрешено взимать с вас плату за снятие копий. Также вы имеете право вносить дополнения или исправления в свою медицинскую документацию. Если вы попросите нас сделать это, мы обратимся к вашему поставщику услуг, чтобы прояснить необходимость внесения изменений.

Вы имеете право знать, как доступ к информации о вашем здоровье предоставлялся другим лицам для каких-либо целей помимо стандартных.

Если у вас есть вопросы или опасения по поводу конфиденциальности вашей личной информации о здоровье, позвоните в отдел обслуживания участников плана.

## Раздел 1.4 Мы обязаны предоставлять вам информацию о плане, сети поставщиков услуг и покрываемых услугах

Как участник нашего плана страхования вы имеете право получать от нас разную информацию.

Если вам необходима какая-либо указанная ниже информация, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

- **Информация о нашем плане страхования.** Сюда, в частности, относятся сведения о финансовом положении плана страхования.
- **Информация о нашей сети поставщиков услуг и аптек.** Вы имеете право получать информацию о квалификации поставщиков услуг и аптек, входящих в нашу сеть, и о том, как мы оплачиваем услуги поставщиков, входящих в нашу сеть.
- **Информация о предоставленном вам страховом покрытии и правилах, которые следует соблюдать при его использовании.** Главы 3 и 4 содержат информацию о медицинском обслуживании. Информация о страховом покрытии рецептурных лекарственных препаратов по программе Part D приведена в главах 5 и 6.
    - **Примечание.** Наш план не выплачивает вознаграждение практикующим врачам, поставщикам услуг или сотрудникам, регламентирующим применение препаратов, в том числе сотрудникам делегированных организаций. Принятие решений в рамках программы, регламентирующей применение препаратов (UM), основывается только на целесообразности предоставления услуг и наличии покрытия. Кроме того, план не предусматривает специального поощрения практикующих врачей или других лиц за выдачу отказов в страховом покрытии. Финансовые поощрения для лиц, принимающих решения в рамках программы UM, не способствуют принятию решений, приводящих к применению препаратов в недостаточном количестве.

- **Информация о причинах исключения услуги или товара из страхового покрытия и о ваших возможных действиях в таких случаях.** Информация о процедуре обращения по поводу предоставления письменного объяснения причин, по которым медицинская услуга или лекарственный препарат по программе Part D не покрываются или их покрытие ограничено, приведена в главе 9. В главе 9 также содержится информация о том, как обратиться к нам с запросом об изменении решения (другое название — подать апелляцию).

## Раздел 1.5 Мы должны оказывать содействие в осуществлении вашего права принимать решения в связи с медицинским обслуживанием

### Вы имеете право знать о вариантах вашего лечения и участвовать в принятии решений о вашем медицинском обслуживании

Вы имеете право на получение полной информации от своих врачей и других поставщиков медицинских услуг. Ваши поставщики медицинских услуг должны объяснить ваше состояние здоровья и варианты вашего лечения *понятным для вас способом*.

Вы также имеете право в полном объеме участвовать в принятии решений о вашем медицинском обслуживании. У вас есть следующие права, помогающие вам и вашим врачам принимать решения о наиболее эффективном для вас лечении:

- **Право знать обо всех доступных вариантах.** У вас есть право на получение информации обо всех вариантах лечения, которые рекомендуются для вашего состояния, вне зависимости от их стоимости или наличия у них предусмотренного планом страхования покрытия. В том числе, у вас есть право узнавать о программах, которые предлагает наш план, чтобы помочь участникам управлять своими лекарствами и безопасно их применять.
- **Право знать о рисках.** Вы имеете право на получение информации о любых рисках, связанных с вашим медицинским обслуживанием. Вас должны заранее предупредить о том, что предлагаемое медицинское обслуживание или лечение является частью научного исследования. У вас всегда есть выбор отказаться от любого экспериментального лечения.
- **Право отказаться.** Вы имеете право отказаться от любого рекомендованного лечения. Сюда относится право покидать больницу или другое медицинское учреждение, даже если ваш врач советует этого не делать. Вы также имеете право прекратить прием лекарственного препарата. Разумеется, если вы отказываетесь от лечения или прекращаете прием лекарства, вы принимаете на себя полную ответственность за последствия вашего решения для вашего состояния здоровья.

## Вы имеете право давать указания на тот случай, если будете не в состоянии самостоятельно принимать решения, касающиеся медицинского обслуживания

В некоторых случаях люди утрачивают способность самостоятельно принимать решения, касающиеся медицинского обслуживания, в результате несчастного случая или в связи с тяжелым заболеванием. Вы имеете право дать знать о своих пожеланиях в таких ситуациях. Это означает, что вы *при желании* можете:

- Заполнить письменную форму о предоставлении **какому-либо лицу законных полномочий на принятие медицинских решений за вас**, если вы когда-нибудь утратите способность самостоятельно принимать решения.
- **Дать вашим врачам письменные указания** о предпочтительном для вас порядке осуществления ими вашего медицинского обслуживания, если вы утратите способность самостоятельно принимать решения.

Юридические документы, на основании которых вы можете заранее дать указания о том, как поступать в таких ситуациях, называются предварительными распоряжениями. **Предварительные распоряжения** бывают различных типов и называются по-разному. Документы, называемые **прижизненное волеизъявление** и **доверенность на распоряжение медицинским обслуживанием**, являются примерами предварительных распоряжений.

Если вы хотите дать указания посредством «предварительного распоряжения», вам необходимо сделать следующее:

- **Получите форму.** Форму предварительного распоряжения можно получить у своего адвоката, у социального работника или в некоторых магазинах канцелярских товаров. Иногда форму предварительного распоряжения можно получить в организациях, предоставляющих населению информацию о программе Medicare.
- **Заполните и подпишите ее.** Независимо от того, как вы получили эту форму, не забывайте, что она является юридическим документом. Рекомендуем привлечь юриста, который помог бы вам в ее заполнении.
- **Предоставьте экземпляры формы соответствующим лицам.** Предоставьте экземпляр формы своему врачу и лицу, указанному в форме в качестве человека, которому вы доверяете принимать за вас решения в случае вашей недееспособности. Возможно, вы захотите предоставить несколько экземпляров близким друзьям или родственникам. Сохраните один экземпляр у себя дома.

Если вы заранее знаете о предстоящей госпитализации и при этом у вас есть подписанное предварительное распоряжение, **возьмите его копию с собой в больницу**.

- В больнице вас спросят, подписали ли вы форму предварительного распоряжения и есть ли она у вас с собой.

- Если вы не подписывали форму предварительного распоряжения, в больнице вам предложат заполнить и подписать ее, если вы хотите.

**Помните, что именно вы решаете, хотите ли вы заполнить форму предварительного распоряжения** (в том числе, хотите ли вы подписать ее во время своего пребывания в больнице). По закону никто не может отказывать вам в предоставлении медицинской помощи или проявлять по отношению к вам дискриминацию на основании наличия или отсутствия подписанного вами предварительного распоряжения.

### Что делать, если ваши указания не выполняются?

Если вы подписали предварительное распоряжение и полагаете, что врач или персонал больницы не выполняют содержащиеся в нем указания, вы можете подать жалобу в Управление генерального прокурора штата California.

## Раздел 1.6 Вы имеете право подавать жалобы и обращаться к нам с запросом на 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 настоящего документа рассказывается о возможных действиях. Независимо от того, что вы делаете — обращаетесь за решением о покрытии, подаете апелляцию или предъявляете претензию, — **мы обязаны действовать честно по отношению к вам.**

## Раздел 1.7 Вы имеете право вносить предложения относительно прав участников нашего плана и нашей политики в отношении ответственности

Если у вас есть какие-либо вопросы или сомнения по поводу прав и обязанностей либо предложения по улучшению нашей политики в отношении прав участников, сообщите их нам, обратившись в отдел обслуживания участников плана.

## Раздел 1.8 Оценка новых технологий

Новые технологии включают процедуры, лекарства, биопрепараты или устройства, которые были недавно разработаны для лечения какого-либо заболевания или состояния. К новым технологиям относятся также новые способы применения существующих процедур, лекарств, биопрепаратов и устройств. Наш план придерживается национальных и местных процедур определения страхового покрытия Medicare, когда это применимо.

При отсутствии решения Medicare о покрытии наш план оценивает возможность включения в покрытие новых технологий или новых способов применения существующих технологий, чтобы обеспечить участникам наших планов доступ к безопасному и эффективному лечению. При этом критически оценивается опубликованная на данный момент медицинская литература, в частности публикации, прошедшие экспертную

оценку, включая системные обзоры, рандомизированные контролируемые испытания, групповые исследования, исследования методом случай-контроль, диагностические исследования со статистически значимыми результатами, подтверждающими безопасность и эффективность, и обзоры руководств, основанных на доказательных данных и разрабатываемых национальными организациями и уполномоченными органами.
Наш план также учитывает мнения, рекомендации и оценки практикующих врачей, национально признанных медицинских ассоциаций, в том числе специализированных обществ врачей, консенсус-групп и других национально признанных организаций по исследованиям или оценке технологий, а также отчеты и публикации государственных учреждений, например Управления по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA), Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC) и Национальных институтов здравоохранения (NIH).

## Раздел 1.9 Что делать, если вы считаете, что с вами обращаются несправедливо или ущемляют ваши права?

### Если дело касается дискриминации, обратитесь в Управление по гражданским правам

Если вы считаете, что с вами обращались несправедливо или ваши права были нарушены на основании вашей расовой принадлежности, наличия инвалидности, религии, пола, состояния здоровья, этнической принадлежности, убеждений (веры), возраста, сексуальной ориентации или национальности, вам следует обратиться в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб по номеру 1-800-368-1019, TTY: 1-800-537-7697, либо в местное **Управление по гражданским правам**. Вы имеете право на уважительное отношение к вам и признание вашего достоинства.

### Проблема в чем-то другом?

Если вы считаете, что с вами обошлись несправедливо или ваши права были нарушены, *но* это *не связано* с дискриминацией, вы можете получить помощь в решении этой проблемы:

- Вы можете **обратиться в отдел обслуживания участников плана**.
- Вы можете **обратиться в программу SHIP.** Более подробные сведения см. в разделе 3 главы 2.
- Либо **вы можете позвонить в Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных (при использовании TTY набирайте 1-877-486-2048).

## Раздел 1.10 Получение дополнительной информации о ваших правах

Дополнительную информацию о своих правах вы можете получить из нескольких источников:

- Вы можете **обратиться в отдел обслуживания участников плана**.
- Вы можете **обратиться в программу SHIP.** Более подробные сведения см. в разделе 3 главы 2.
- Вы можете обратиться в **Medicare**.
  - Вы можете посетить веб-сайт программы Medicare и прочитать или скачать опубликованный там документ Medicare Rights & Protections. (Публикация размещена по адресу: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - Либо вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных (при использовании TTY набирайте 1-877-486-2048).

# РАЗДЕЛ 2 Ваши обязанности как участника плана страхования

Вам как участнику плана страхования необходимо выполнять следующее. В случае возникновения вопросов звоните в отдел обслуживания участников плана.

- **Ознакомьтесь с услугами, включенными в объем страхового покрытия, и правилами, которые следует соблюдать при получении этих услуг.** Воспользуйтесь настоящим Документом об объеме страховой ответственности страховщика, чтобы узнать о покрываемых услугах и о правилах, которые вы должны соблюдать для их получения.
  - В главах 3 и 4 приводится подробная информация о доступных вам медицинских услугах.
  - В главах 5 и 6 приводится подробная информация о вашем покрытии рецептурных препаратов по программе Part D.
- **Если у вас есть какое-либо другое покрытие по договору медицинского страхования или покрытие расходов на рецептурные препараты помимо нашего плана страхования, вы обязаны сообщить нам об этом.** В главе 1 рассказывается о координации этих услуг.

- **Сообщите вашему врачу и другим поставщикам услуг, что вы являетесь участником нашего плана страхования.** Предъявляйте свою карту участника плана страхования и свою карту участника программы California Medi-Cal (Medicaid) каждый раз, когда получаете медицинскую помощь или рецептурные лекарственные препараты по программе Part D.
- **Помогайте своим врачам и другим поставщикам услуг — предоставляйте им информацию, задавайте вопросы и соблюдайте предписания.**
  - Чтобы получить наилучшее обслуживание, сообщайте врачам и другим поставщикам медицинских услуг о своих проблемах со здоровьем. Следуйте планам лечения и предписаниям, согласованным с вашими врачами.
  - Позаботьтесь о том, чтобы ваши врачи знали, какие препараты вы принимаете, включая безрецептурные препараты, витамины и пищевые добавки.
  - Если у вас возникнут вопросы, обязательно задайте их, и вы получите понятный ответ. Вы несете ответственность за то, чтобы вникать в суть своих медицинских проблем и устанавливать цели лечения совместно со своим врачом.
- **Будьте тактичны.** Мы ожидаем, что все участники нашего плана будут уважать права других пациентов. Мы также ожидаем, что вы будете вести себя так, чтобы способствовать бесперебойной работе кабинета врача, больницы и других учреждений.
- **Оплачивайте то, что вы обязаны оплатить.** Как участник плана вы несете ответственность за следующие платежи:
  - Вы должны продолжать вносить свои страховые взносы по программе Medicare, чтобы оставаться участником нашего плана.
  - Если вы должны оплатить дополнительную сумму за покрытие в рамках программы Part D в связи с увеличением дохода (по сравнению с указанным в вашей последней налоговой декларации), вы обязаны продолжать вносить доплату напрямую в государственный бюджет для сохранения своего участия в плане страхования.
- **Если вы переезжаете *в пределах* зоны обслуживания нашего плана страхования, мы должны об этом знать,** чтобы мы могли обеспечивать актуальность ваших данных участника плана и знали, как с вами связаться.
- **Если вы переезжаете *за пределы* зоны обслуживания нашего плана страхования, вы не можете оставаться участником нашего плана.**
- В случае переезда не забудьте также уведомить Службу социального обеспечения (или Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта).

# ГЛАВА 9.

## *Порядок действий при наличии проблемы или жалобы (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)*

# РАЗДЕЛ 1 Введение

## Раздел 1.1 Порядок действий при наличии проблемы или вопроса

В этой главе объясняются процедуры урегулирования проблем и вопросов. Процедура, которую вы используете для решения своей проблемы, зависит от двух факторов:

1. Являются ли источником проблемы медицинские услуги, покрываемые программой Medicare или Medicaid. Если вам нужна помощь с определением того, следует ли вам использовать процедуру программы Medicare, программы Medicaid или обе процедуры, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

2. Тип проблемы, с которой вы столкнулись:

    - В некоторых случаях необходимо использовать процедуру обращения по поводу решений о покрытии и подачи апелляций.
    - Для решения других проблем необходимо воспользоваться процедурой подачи жалоб, которые также называются претензиями.

Эти процедуры одобрены программой Medicare. Для каждой процедуры предусмотрен набор правил, процессов и установленных сроков, которые должны соблюдать как мы, так и вы.

Инструкция в разделе 3 поможет вам определить, какой из способов вам подходит и какие действия необходимо предпринять.

## Раздел 1.2 Что означают юридические термины

Для некоторых правил, процедур и типов сроков, описанных в этой главе, существуют специальные юридические термины. Многие из них незнакомы большинству людей и могут быть трудны для понимания. Для облегчения понимания в данной главе:

- Используются упрощенные слова вместо определенных юридических терминов. Например, в этой главе обычно употребляется выражение «подать жалобу» вместо «предъявить претензию», «решение о покрытии» вместо «заключение организации»,«заключение о страховом покрытии» или «решение об отнесении в группу риска», а также «независимая экспертная организация» вместо «Независимая экспертная организация».
- Здесь также используется минимальное количество сокращений.

Однако вам будет полезно — а иногда и очень важно — знать точный юридический термин, описывающий ситуацию, в которой вы оказались. Знание необходимых терминов поможет вам более четко и точно формулировать свою мысль при урегулировании вашей проблемы и получать необходимую помощь или информацию в вашей ситуации. Чтобы вы знали, какие термины следует использовать, мы включаем юридические термины в описание порядка действий в конкретных ситуациях.

## РАЗДЕЛ 2 Где получить дополнительную информацию и персонализированную помощь

Мы всегда готовы вам помочь! Даже если у вас есть жалоба в отношении нашего обращения с вами, мы обязаны соблюдать ваше право на подачу жалобы. Поэтому всегда следует обращаться за помощью в отдел обслуживания клиентов. Но в некоторых случаях вам, возможно, также захочется получить помощь или консультацию от лиц, не связанных с нами. Ниже приведены две организации, которые могут вам помочь.

### Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP).

В каждом штате существует государственная программа, в рамках которой работают подготовленные консультанты. Программа не связана с нами или другими страховыми компаниями или планами медицинского страхования. Консультанты-сотрудники программы могут помочь вам понять, какую процедуру вам следует выбрать для решения вашей проблемы. Кроме того, они могут ответить на ваши вопросы, предоставить дополнительную информацию и проконсультировать по поводу дальнейших действий.

Услуги консультантов программы SHIP предоставляются бесплатно. Номера телефонов и ссылки на веб-сайт указаны в разделе 3 главы 2 настоящего документа.

### Medicare

Вы также можете обратиться за помощью в Medicare. Как связаться с Medicare:

- Вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Вы также можете посетить веб-сайт Medicare (www.medicare.gov).

**Вы можете получить помощь и информацию от программы California Medi-Cal (Medicaid).**

| Способ связи | California Medi-Cal (Medicaid) (программа Medicaid в штате California) — контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-541-5555<br>1-916-552-9200<br>1-916-449-5000<br>С 8 a.m. до 5 p.m. PT, с понедельника по пятницу |
| **TTY** | 1-800-430-7077<br>Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Medi-Cal<br>P.O. Box 997413, MS 4400<br>Sacramento, CA 95899-7413 |
| **ВЕБ-САЙТ** | https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx |

## РАЗДЕЛ 3 Каков порядок действий при наличии проблемы?

Поскольку вы являетесь участником программы Medicare и получаете помощь по программе California Medi-Cal (Medicaid), вы можете использовать разные процедуры для решения своей проблемы или жалобы. Ваш выбор будет зависеть от того, что является источником проблемы, — медицинские услуги, покрываемые по программе Medicare или по программе California Medi-Cal (Medicaid). Если ваша проблема связана с услугой, покрываемой программой Medicare, то вам следует воспользоваться процедурой Medicare. Если ваша проблема связана с услугой, покрываемой программой California Medi-Cal (Medicaid), то вам следует воспользоваться процедурой California Medi-Cal (Medicaid). Если вам нужна помощь с определением того, следует ли вам использовать процедуру программы Medicare или программы California Medi-Cal (Medicaid), обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

Процедуры для программ Medicare и California Medi-Cal (Medicaid) описаны в разных разделах настоящей главы. Чтобы узнать, к какому разделу обращаться, воспользуйтесь приведенной ниже таблицей.

**Ваша проблема связана с покрытием по программе Medicare или Medicaid?**

Если вам нужна помощь с определением того, связана ли ваша проблема с медицинскими услугами по программе Medicare или по программе Medicaid, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

Моя проблема связана с медицинскими услугами, покрываемыми программой **Medicare**.

***Перейдите к следующему разделу данной главы,* раздел 4 «Решение проблем, связанных с услугами по программе Medicare».**

Моя проблема связана с покрытием по программе **Medicaid**.

Перейдите к разделу 12 данной главы **«Решение проблем, связанных с услугами по программе Medicaid»**.

# ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С УСЛУГАМИ ПО ПРОГРАММЕ MEDICARE

## РАЗДЕЛ 4 Решение проблем, связанных с услугами по программе Medicare

### Раздел 4.1 Следует ли вам использовать процедуру обращения по поводу решений о покрытии и подачи апелляций? Или вам следует воспользоваться процедурой подачи жалоб?

При наличии проблемы или вопроса вы можете ознакомиться только с теми разделами данной главы, которые относятся к вашей ситуации. Таблица ниже поможет вам определить нужный раздел данной главы, посвященной вопросам проблем и жалоб в отношении **медицинских услуг**, **покрываемых программой Medicare**.

Чтобы узнать, какая часть данной главы поможет вам в решении вашей проблемы или вопроса в отношении ваших медицинских услуг по программе Medicare, используйте данную таблицу:

**Связана ли ваша проблема или вопрос с покрываемыми услугами или страховым покрытием?**

Сюда относятся проблемы, связанные с тем, покрывается ли медицинское обслуживание (медицинские товары, услуги и/или рецептурные препараты по программе Part B), каким образом оно покрывается, а также проблемы, связанные с оплатой медицинского обслуживания.

**Да.**

***Перейдите к следующему разделу данной главы,* раздел 5 «Основные сведения о решениях о покрытии и апелляциях».**

**Нет.**

Перейдите к **разделу 11** в конце данной главы **Порядок подачи жалобы на качество услуг, время ожидания, работу отдела обслуживания клиентов или по другим вопросам**.

# РАЗДЕЛ 5 Основные сведения о решениях о покрытии и апелляциях

## Раздел 5.1 Запрос решений о страховом покрытии и обжалование таких решений: общая картина

Решения о покрытии и апелляции касаются проблем, связанных с вашими услугами и покрытием медицинского обслуживания (услуги, товары и рецептурные лекарственные препараты по программе Part B, включая оплату). Для простоты понимания мы обычно называем медицинские товары, услуги и рецептурные препараты по программе Medicare Part B **медицинским обслуживанием**. Используйте процедуры принятия решения о страховом покрытии и подачи апелляции, когда не уверены в наличии или характере покрытия какой-либо услуги или товара.

### Запрос решений о предоставлении страхового покрытия до получения услуг

Решение о покрытии представляет собой решение, которое мы принимаем в отношении ваших льгот и страхового покрытия либо в отношении суммы, которую мы выплачиваем за ваше медицинское обслуживание. Например, если представленный в сети плана врач направляет вас к медицинскому специалисту, не входящему в сеть, такое направление считается положительным решением о покрытии, если только ваш сетевой врач не

докажет, что вы получили стандартное уведомление об отказе от этого специалиста, или если в Документе об объеме страховой ответственности страховщика не будет четко указано, что услуга, для получения которой выдано направление, не покрывается ни при каких условиях. Вы или ваш врач также можете связаться с нами и попросить принять решение о страховом покрытии, если ваш врач не уверен в том, что мы будем покрывать ту или иную медицинскую услугу, или отказывается предоставить медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, вам необходимо. Другими словами, если вы хотите узнать, будем ли мы покрывать медицинскую услугу, прежде чем вы ее получите, вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии. В ограниченных обстоятельствах запрос на предоставление решения о покрытии может быть отклонен, что означает, что мы не будем рассматривать этот запрос. К примерам запросов, которые будут отклонены, относится следующее: запрос неполон; запрос подается от вашего имени другим лицом, не уполномоченным на это по закону; вы отзываете свой запрос. Если мы отклоним запрос на предоставление решения о покрытии, мы отправим вам уведомление, в котором объясним, почему запрос был отклонен и как попросить о пересмотре решения об отклонении.

Мы принимаем решение о страховом покрытии каждый раз, когда решаем, что покрывается в вашем случае и сколько мы должны заплатить. В некоторых случаях мы можем принять решение о непредоставлении или прекращении покрытия для вас медицинского обслуживания в рамках Medicare. Если вы не согласны с таким решением о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию.

### Подача апелляции

Если мы приняли решение о страховом покрытии, но оно вас не устраивает, вы можете обжаловать это решение до или после получения услуги. Апелляцией называется официальный способ обращения к нам с запросом пересмотреть или изменить принятое нами решение о страховом покрытии. При определенных обстоятельствах, о которых будет рассказано далее, вы можете запросить ускоренное или срочное рассмотрение апелляции на решение о покрытии. Ваша апелляция рассматривается другими специалистами, а не теми, кто принимал первоначальное решение.

Первоначальное обжалование решения называется апелляцией 1-го уровня. В ходе такого обжалования мы анализируем принятое нами решение о страховом покрытии и проверяем, все ли правила были соблюдены нами надлежащим образом. По окончании рассмотрения мы сообщаем вам о своем решении.

В ограниченных обстоятельствах запрос на апелляцию 1-го уровня может быть отклонен, что означает, что мы не будем рассматривать этот запрос. К примерам запросов, которые будут отклонены, относится следующее: запрос неполон; запрос подается от вашего имени другим лицом, не уполномоченным на это по закону; вы отзываете свой запрос. Если мы отклоним запрос на апелляцию 1-го уровня, мы отправим вам уведомление,

в котором объясним, почему запрос был отклонен и как попросить о пересмотре решения об отклонении.

Если мы полностью или частично откажем вам в удовлетворении апелляции 1-го уровня в отношении медицинского обслуживания, ваша апелляция автоматически перейдет на 2-й уровень апелляционного процесса и будет рассматриваться независимой экспертной организацией, не связанной с нами.

- Вам не нужно выполнять никаких действий для подачи апелляции 2-го уровня. Согласно правилам Medicare мы автоматически направляем вашу апелляцию по поводу медицинского обслуживания на 2-й уровень процедуры апелляции, если мы не полностью согласны с вашей апелляцией 1-го уровня.
- Более подробная информация об апелляциях 2-го уровня приведена в разделе 6.4 данной главы.
- В случае апелляции в отношении лекарственных препаратов по программе Part D, если мы полностью или частично отклоним вашу апелляцию, вам необходимо будет подать апелляцию 2-го уровня. Дополнительная информация об апелляциях по программе Part D представлена в разделе 7 настоящей главы.

Если вас не устраивает решение, принятое по результатам апелляции 2-го уровня, вы имеете возможность продолжить попытки обжалования на следующих уровнях (подробную информацию о процедурах подачи апелляции 3-го, 4-го и 5-го уровней см. в разделе 10 данной главы).

## Раздел 5.2 Получение помощи при подаче запроса на предоставление решения о покрытии или подаче апелляции

Ниже перечислены ресурсы, которыми вы можете воспользоваться в случае подачи запроса на принятие решения о страховом покрытии или при обжаловании такого решения:

- Вы **можете обратиться в отдел обслуживания участников плана.**
- Вы **можете получить бесплатную помощь** в рамках Программы помощи по вопросам медицинского страхования штата.
- **Ваш врач может сделать запрос за вас.** Если ваш врач помогает вам с подачей апелляции уровня выше 2-го, его или ее нужно назначить вашим представителем. Позвоните в отдел обслуживания участников плана и запросите форму *назначения представителя*. (Форма также доступна на веб-сайте Medicare по адресу: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или на нашем веб-сайте по адресу: www.wellcare.com/healthnetCA.)

- В отношении медицинского обслуживания ваш врач может направить запрос на получение решения о покрытии или подать апелляцию 1-го уровня от вашего имени. Если ваша апелляция 1-го уровня отклонена, она автоматически направляется на 2-й уровень.
- В отношении рецептурных препаратов по программе Part D ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, может направить запрос на получение решения о покрытии или подать апелляцию 1-го уровня от вашего имени. Если ваша апелляция 1-го уровня отклонена, ваш врач или лицо, выписывающее лекарство, могут подать апелляцию 2-го уровня.

- **Вы можете попросить кого-то действовать от своего имени.** При желании вы можете назначить любое лицо своим **представителем** для подачи запроса на принятие решения о страховом покрытии или для обжалования такого решения.
  - Если вы хотите, чтобы вас представлял ваш друг, родственник или кто-нибудь еще, позвоните в отдел обслуживания участников плана и попросите форму назначения представителя. (Форма также доступна на веб-сайте Medicare по адресу: www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или на нашем веб-сайте по адресу: www.wellcare.com/healthnetCA.) Такая форма разрешает этому лицу действовать от вашего имени. Она должна быть подписана вами и лицом, которое вы назначаете. Вы должны предоставить нам копию подписанной формы.
  - Мы можем принять запрос на апелляцию без наличия формы, но мы не сможем начать или завершить рассмотрение, пока не получим ее. Если мы не получим эту форму в течение 44 календарных дней после получения запроса на апелляцию (крайний срок принятия решения по апелляции), запрос на апелляцию будет отклонен. В этом случае мы отправим вам письменное уведомление с разъяснением вашего права обратиться в независимую экспертную организацию с запросом на пересмотр нашего решения об отклонении вашей апелляции.

- **Вы также имеете право нанять адвоката.** Вы можете обратиться к своему собственному адвокату либо найти адвоката из местной коллегии адвокатов или по рекомендации другой справочной службы. Кроме того, существуют организации, которые могут предоставить вам бесплатные юридические услуги, если вы соответствуете определенным критериям. Тем не менее, **вы не обязаны нанимать адвоката** для подачи запроса на принятие решения о страховом покрытии или для обжалования такого решения.

## Раздел 5.3 В каком разделе данной главы приводится информация о вашей ситуации?

Существует четыре различных типа ситуаций, которые включают решения о покрытии и апелляции. Поскольку у каждой ситуации разные правила и сроки рассмотрения, то информацию для каждой из них мы приводим в отдельном разделе:

- **Раздел 6** данной главы: «Ваше медицинское обслуживание: как направить запрос по поводу решения о покрытии или подать апелляцию»
- **Раздел 7** данной главы: «Рецептурные лекарственные препараты по программе Part D: как направить запрос по поводу решения о покрытии или подать апелляцию»
- **Раздел 8** данной главы: «Как попросить нас покрыть дальнейшее пребывание в стационаре, если вы считаете, что врач выписывает вас преждевременно»
- **Раздел 9** данной главы: «Как попросить нас продолжить покрывать определенные медицинские услуги, если вы считаете, что ваше покрытие заканчивается преждевременно» (*Действует только в отношении следующих услуг*: медицинский уход на дому, квалифицированный сестринский уход и услуги центра комплексной амбулаторной реабилитации (CORF))

Если вы не уверены в том, какой раздел вам следует использовать, позвоните в отдел обслуживания участников плана. Вы также можете получить помощь или информацию в государственных организациях, таких как Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата.

## РАЗДЕЛ 6 Ваше медицинское обслуживание: как направить запрос по поводу решения о покрытии или подать апелляцию на решение о покрытии

### Раздел 6.1 В этом разделе разъясняются действия, которые необходимо предпринять в случае, если у вас возникают проблемы с получением страхового покрытия медицинского обслуживания или если вы хотите, чтобы мы возместили вам вашу долю стоимости обслуживания

Этот раздел посвящен покрытию медицинского обслуживания. Эти услуги описаны в главе 4 *Таблица страхового покрытия (список покрываемых услуг)* настоящего документа. В некоторых случаях в отношении запроса на возмещение расходов на рецептурные препараты по программе Part B действуют другие правила. В этих случаях мы объясним вам, чем правила покрытия рецептурных препаратов по программе Part B отличаются от правил, распространяющихся на медицинские товары и услуги.

В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в любой из пяти следующих ситуаций:

1. Вы не получаете определенные желаемые медицинские услуги и считаете, что данное обслуживание покрывается нашим планом. **Подайте запрос на решение о страховом покрытии. Раздел 6.2.**

2. Наш план не одобряет медицинское обслуживание, которое ваш врач или другой поставщик медицинских услуг хочет вам предоставить, и вы считаете, что данное обслуживание покрывается нашим планом. **Подайте запрос на решение о страховом покрытии. Раздел 6.2.**

3. Вы получили медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, должно покрываться планом, но мы сообщили, что не будем оплачивать это обслуживание. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**

4. Вы получили и оплатили медицинское обслуживание, которое, как вы считаете, должно покрываться нашим планом, и вы хотите обратиться к нам с запросом на возмещение ваших расходов на данное обслуживание. **Отправьте нам счет. Раздел 6.5.**

5. Вам сообщают, что покрытие некоторых видов медицинского обслуживания, которые вы получали и которые мы ранее одобрили, будет сокращено или прекращено, и вы считаете, что сокращение или прекращение такого обслуживания может нанести вред вашему здоровью. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**

**Примечание. Если покрытие, которое будет прекращено, касается услуг стационарного лечения в больнице, медицинского обслуживания на дому, обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода или центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF)**, вам необходимо прочесть разделы 8 и 9 данной главы. К этим видам обслуживания применяются особые правила.

## Раздел 6.2 Пошаговая инструкция: подача запроса на решение о страховом покрытии

| Юридические термины |
| --- |
| Когда решение о покрытии затрагивает ваше медицинское обслуживание, такое решение называется **заключением организации**.<br>Другое название срочного решения о покрытии — **ускоренное заключение**. |

### Шаг 1. Решите, нужно ли вам стандартное или срочное решение о покрытии.

**Стандартное решение о страховом покрытии обычно выносится в течение 14 дней или 72 часов для лекарственных препаратов по программе Part B. Срочное решение о покрытии обычно принимается в течение 72 часов для медицинских услуг или 24 часов для лекарственных препаратов по программе Part B. Для получения срочного решения о страховом покрытии должны быть выполнены два требования:**

- Вы можете *подавать запрос только* на покрытие медицинских товаров и/или услуг (а не уже полученных товаров и/или услуг).
- Вы имеете право на ускоренное принятие решения о страховом покрытии, только если использование стандартных сроков может *стать причиной серьезного ущерба вашему здоровью или дееспособности*.
- **Если ваш врач сообщит нам, что состояние вашего здоровья требует срочного решения о покрытии, мы автоматически согласимся на ускоренное рассмотрение.**
- **Если вы запрашиваете срочное решение о покрытии самостоятельно (без поддержки вашего врача), мы сами решим, требуется ли ускоренное принятие решения в связи с состоянием вашего здоровья.** Если мы не одобрим срочное решение о страховом покрытии, мы направим вам письмо, в котором будет указано следующее:

- Объяснение того, что мы будем использовать стандартные сроки рассмотрения.
- Объяснение того, что мы автоматически согласимся на ускоренное рассмотрение, если ваш врач запросит срочное решение о покрытии.
- Объяснение того, что вы можете подать срочную жалобу по нашему решению предоставить стандартное решение о покрытии вместо запрошенного вами срочного решения о покрытии.

### Шаг 2. Запросите у нашего плана страхования решение о покрытии или срочное решение о покрытии.

- Для начала направьте запрос в наш план (по телефону, письмом или по факсу), чтобы мы смогли одобрить или обеспечить покрытие необходимого вам медицинского обслуживания. Это можете сделать вы, ваш врач или ваш представитель. Контактная информация представлена в главе 2.

### Шаг 3. Мы рассмотрим ваш запрос на покрытие медицинского обслуживания и дадим вам ответ.

*В случае стандартных решений о покрытии мы придерживаемся стандартных сроков рассмотрения.*

**Это означает, что мы предоставим вам ответ в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса на покрытие **медицинского товара или услуги.** Если ваш запрос касается покрытия **рецептурного препарата по программе Medicare Part B**, мы предоставим вам ответ **в течение 72 часов** после получения вашего запроса.

- **Но** если вы запросите больше времени или если нам потребуется дополнительная информация, которая может использоваться в ваших интересах, рассмотрение запроса на покрытие медицинского товара или услуги **может занять у нас еще до 14 дней.** Мы сообщим вам в письменной форме, если решим продлить срок принятия решения. Если ваш запрос касается рецептурного лекарственного препарата в рамках программы Medicare Part B, мы не можем продлить срок принятия решения.
- Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, вы можете подать срочную жалобу. Мы предоставим ответ по вашей жалобе сразу же после принятия решения. (Процедура подачи жалобы отличается от процедуры подачи запросов относительно принятия решения о страховом покрытии и апелляций. Сведения о жалобах см. в разделе 11 настоящей главы.)

*В случае срочных решений о покрытии мы придерживаемся сроков ускоренного рассмотрения*

**Срочное решение о покрытии означает, что мы предоставим вам ответ в течение 72 часов, если ваш запрос касается медицинского товара или услуги. Если ваш запрос касается рецептурного препарата по программе Medicare Part B, мы дадим вам ответ в течение 24 часов.**

- **Но** если вы запросите больше времени или если нам потребуется дополнительная информация, которая может использоваться в ваших интересах, нам **может потребоваться еще до 14 дней**. Мы сообщим вам в письменной форме, если решим продлить срок принятия решения. Если ваш запрос касается рецептурного лекарственного препарата в рамках программы Medicare Part B, мы не можем продлить срок принятия решения.
- Если вы считаете, что мы не должны использовать дополнительные дни, вы можете подать срочную жалобу. (Сведения о жалобах см. в разделе 11 настоящей главы.) Мы позвоним вам, как только примем решение.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос**, вы получите письменное обоснование нашего отрицательного ответа.

**Шаг 4. Если мы даем отрицательный ответ на ваш запрос на покрытие медицинского обслуживания, вы можете подать апелляцию.**

- В случае нашего отказа вы имеете право обратиться к нам с запросом о пересмотре этого решения посредством подачи апелляции. Это означает повторное обращение с просьбой предоставить желаемое страховое покрытие медицинского обслуживания. Если вы подаете апелляцию, она передается на 1-й уровень рассмотрения.

## Раздел 6.3 Пошаговая инструкция: подача апелляции 1-го уровня

| Юридические термины |
| --- |
| Обращение к плану страхования с апелляцией по поводу покрытия медицинского обслуживания называется **пересмотром** решения планом.<br>Другое название *срочной апелляции* — **пересмотр в ускоренном порядке**. |

**Шаг 1. Решите, нужна ли вам стандартная апелляция или срочная апелляция.**

**Решение по стандартной апелляции обычно принимается в течение 30 дней или 7 дней для лекарственных препаратов по программе Part B. Решение по срочной апелляции обычно принимается в течение 72 часов.**

- Если вы подаете апелляцию в отношении решения о покрытии медицинского обслуживания, которое вы еще не получили, вам и/или вашему врачу необходимо решить, нужно ли вам ускоренное рассмотрение апелляции. Мы рассмотрим вашу апелляцию в ускоренном порядке, если ваш врач считает, что этого требует состояние вашего здоровья.

- Требования к подаче срочной апелляции соответствуют требованиям к запросу о срочном решении о страховом покрытии, изложенным в разделе 6.2 настоящей главы.

### Шаг 2. Подайте в наш план страхования апелляцию или срочную апелляцию

- **Если вы обращаетесь с запросом на рассмотрение стандартной апелляции, подайте вашу стандартную апелляцию в письменном виде**. Контактная информация представлена в главе 2.

- **Если вы запрашиваете срочную апелляцию, подайте вашу апелляцию в письменном виде или позвоните нам.** Контактная информация представлена в главе 2.

- **Вы должны подать свой запрос на апелляцию в течение 60 календарных дней** с даты присланного вам письменного уведомления, содержащего решение о страховом покрытии. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, объясните причину опоздания при подаче апелляции. Мы можем предоставить вам больше времени для подачи апелляции. Примеры уважительных причин могут включать наличие тяжелого заболевания, помешавшего вам связаться с нами, или получение от нас неточной или неполной информации о сроках подачи апелляции.

- **Вы можете запросить копию информации, касающейся вашего медицинского решения. Вы и ваш врач можете предоставить дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.**

### Шаг 3. Мы рассматриваем вашу апелляцию и даем вам ответ.

- При рассмотрении апелляции мы еще раз внимательно изучаем всю информацию. Мы проверим, были ли нами соблюдены все правила, когда мы дали отрицательный ответ на ваш запрос.
- При необходимости мы соберем дополнительную информацию, возможно, свяжемся с вами или вашим врачом.

***Сроки ускоренного рассмотрения апелляции***

- При ускоренном рассмотрении мы должны предоставить вам ответ **в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции.** Мы предоставим ответ раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.

- Если вы запросите больше времени или если нам потребуется дополнительная информация, которая может использоваться в ваших интересах, рассмотрение запроса на покрытие медицинского товара или услуги может занять у нас еще до 14 календарных дней. Мы сообщим вам в письменной форме, если решим продлить срок принятия решения. Если ваш запрос касается лекарства по рецепту по программе Medicare Part B, мы не можем продлить срок принятия решения.
- Если мы не предоставим вам ответ в течение 72 часов (или, в случае продления срока, до окончания такого продленного срока), мы обязаны автоматически направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией. В разделе 6.4 разъясняется процедура подачи апелляции 2-го уровня.

- **Если мы частично или полностью удовлетворим ваш запрос**, согласованное страховое покрытие должно быть одобрено и предоставлено нами в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- **Если мы даем отрицательный ответ на ваш запрос для части или для всего запрашиваемого вами покрытия**, мы отправим вам свое решение в письменном виде и автоматически направим вашу апелляцию в независимую экспертную организацию на 2-й уровень апелляционного процесса. Независимая экспертная организация письменно уведомит вас о получении вашей апелляции.

***Сроки стандартного рассмотрения апелляции***

- В случае стандартной апелляции мы должны предоставить вам ответ в течение 30 календарных дней с момента получения вашей апелляции. Если ваш запрос касается покрытия еще не полученного вами рецептурного препарата по программе Medicare Part B, мы предоставим вам ответ в течение 7 календарных дней после получения вашей апелляции. Мы предоставим решение раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - Но если вы запросите больше времени или если нам потребуется дополнительная информация, которая может использоваться в ваших интересах, рассмотрение запроса на покрытие медицинского товара или услуги может занять у нас еще до 14 календарных дней. Мы сообщим вам в письменной форме, если решим продлить срок принятия решения. Если ваш запрос касается рецептурного лекарственного препарата в рамках программы Medicare Part B, мы не можем продлить срок принятия решения.

- Если вы считаете, что мы не должны использовать дополнительные дни, вы можете подать срочную жалобу. Когда вы подаете срочную жалобу, мы предоставим вам ответ на нее в течение 24 часов. (Сведения о жалобах см. в разделе 11 настоящей главы.)
- Если мы не предоставим вам ответ к указанному сроку (или, в случае продления срока, до окончания такого продленного срока), мы передадим ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией. В разделе 6.4 разъясняется процедура подачи апелляции 2-го уровня.

- **Если мы даем положительный ответ на ваш запрос для части или для всего запрашиваемого вами покрытия**, мы обязаны разрешить предоставление или предоставить покрытие в течение 30 календарных дней, если ваш запрос касается медицинского товара или услуги, или в течение 7 календарных дней, если ваш запрос касается рецептурного препарата по программе Medicare Part B.

**Если мы примем отрицательное решение относительно части или всей апелляции, мы автоматически направим вашу апелляцию в независимую экспертную организацию на 2-й уровень апелляционного процесса.**

## Раздел 6.4 Пошаговая инструкция: подача апелляции 2-го уровня

| Юридический термин |
| --- |
| Официальное название организации, выполняющей независимую экспертизу, — **независимая экспертная организация**. Иногда ее называют **«IRE».** |

Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанятая Medicare**.** Она не связана с нами и не является государственным органом. Эта организация решает, является ли принятое нами решение правильным или его следует изменить. Контроль над ее работой осуществляет Medicare.

**Шаг 1. Независимая экспертная организация рассматривает вашу апелляцию.**

- Мы направим информацию о вашей апелляции в эту организацию. Такая информация называется **«материалы дела». Вы имеете право запросить у нас копию материалов по вашему делу.**
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию для обоснования своей апелляции.
- Специалисты независимой экспертной организации внимательно изучают всю информацию, касающуюся вашей апелляции.

***Если вы подавали срочную апелляцию 1-го уровня, на 2-м уровне у вас также будет срочная апелляция***

- В случае срочной апелляции независимая экспертная организация должна предоставить вам ответ по вашей апелляции 2-го уровня **в течение 72 часов** с момента ее получения.
- Если ваш запрос касается медицинского товара или услуги и независимой экспертной организации необходимо собрать больше информации, которая может быть использована в ваших интересах, **процесс рассмотрения может занять еще до 14 календарных дней.** В случае направления вами запроса о покрытии рецептурного лекарственного препарата по программе Medicare Part B независимая экспертная организация не может продлить срок принятия решения.

***Если вы подавали стандартную апелляцию 1-го уровня, на 2-м уровне у вас также будет стандартная апелляция***

- В случае стандартной апелляции, если ваш запрос касается медицинского товара или услуги, независимая экспертная организация должна предоставить вам ответ по вашей апелляции 2-го уровня **в течение 30 календарных дней** с момента ее получения.
- В случае направления вами запроса о покрытии рецептурного препарата по программе Medicare Part B независимая экспертная организация обязана дать ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 7 календарных дней** после ее получения.
- Если ваш запрос касается медицинского товара или услуги и независимой экспертной организации необходимо собрать больше информации, которая может быть использована в ваших интересах, **процесс рассмотрения может занять еще до 14 календарных дней.** В случае направления вами запроса о покрытии рецептурного лекарственного препарата по программе Medicare Part B независимая экспертная организация не может продлить срок принятия решения.

### Шаг 2. Независимая экспертная организация предоставляет ответ.

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

- **Если независимая экспертная организация примет положительное решение относительно части или всего запрашиваемого вами покрытия медицинского товара или услуги,** мы обязаны одобрить страховое покрытие медицинского обслуживания **в течение 72 часов** или предоставить данную услугу в течение **14 календарных дней** с момента получения решения независимой экспертной организации (в случае стандартного рассмотрения) либо предоставить услугу **в течение 72 часов** с момента получения решения независимой экспертной организации в случае **ускоренного рассмотрения**.

- **Если независимая экспертная организация дает положительный ответ на ваш запрос для части или для всего запрашиваемого вами покрытия рецептурного препарата по программе Medicare Part B,** мы обязаны разрешить предоставление или предоставить рецептурный препарат по программе Medicare Part B **в течение 72 часов** после получения нами решения независимой экспертной организации (в случае **стандартного рассмотрения**) или в течение **24 часов** после даты получения нами решения независимой экспертной организации (в случае **ускоренного рассмотрения)**.

- **Если эта организация примет отрицательное решение относительно части или всей вашей апелляции,** это означает, что они согласны с тем, что мы не должны одобрять ваш запрос (или часть вашего запроса) о покрытии медицинского обслуживания. (Это называется **поддержанием решения или отклонением апелляции**). В этом случае независимая экспертная организация направит вам письмо, содержащее следующую информацию:

  - Разъяснение принятого решения.
  - Уведомление о праве на апелляцию 3-го уровня, если стоимость запрашиваемого вами медицинского обслуживания в долларовом выражении соответствует определенному минимуму. В письменном уведомлении, которое вы получите от независимой экспертной организации, будет указана стоимость в долларовом выражении, которой должна соответствовать стоимость услуги или препарата для продолжения процедуры апелляции.
  - Порядок подачи апелляции 3-го уровня.

### Шаг 3. Если ваш случай соответствует требованиям, вы должны решить, желаете ли вы продолжить апелляционный процесс.

- После 2-го уровня предусмотрено еще три дополнительных уровня апелляционного процесса (всего их пять). Если вы решите подать апелляцию 3-го уровня, порядок этой процедуры подробно описан в письменном уведомлении, полученном вами после получения решения по вашей апелляции 2-го уровня.
- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей. В разделе 10 данной главы приведена подробная информация об апелляциях 3-го, 4-го и 5-го уровней.

## Раздел 6.5 Что делать, если вы хотите направить запрос на возмещение расходов по счету, который вы получили за медицинское обслуживание?

**Если вы уже заплатили за медицинскую услугу или товар в рамках программы Medicaid, покрываемые нашим планом, то вы можете обратиться к нам с запросом на возврат вам расходов (возврат расходов часто называется возмещением расходов).** Вы имеете право получить возмещение от нашего плана, если вы оплатили медицинские услуги или лекарства, покрываемые нашим планом. Когда вы высылаете нам оплаченный вами счет, мы изучаем его и принимаем решение о возможности покрытия услуги или лекарства. Если мы примем решение о покрытии, мы возместим ваши расходы за услугу или лекарство.

### Направление запроса о возмещении — это направление запроса касательно принятия нами решения о возмещении

Направляя нам документ с запросом на возмещение, вы направляете запрос на предоставление решения о покрытии. Чтобы принять такое решение, мы проверяем, является ли оплаченное вами медицинское обслуживание покрываемой услугой. Мы также проверяем соблюдение вами всех правил использования вашего покрытия медицинского обслуживания.

- **Если мы даем положительный ответ на ваш запрос:** если медицинское обслуживание покрывается и вы соблюдали все правила, то мы возместим стоимость в течение 60 календарных дней с момента получения вашего запроса. Если вы еще не оплатили медицинское обслуживание, мы отправим платеж непосредственно поставщику услуг.
- **Если мы отклоняем ваш запрос:** если медицинское обслуживание не покрывается или вы не соблюдали все правила, мы не возместим ваши расходы. Вместо этого мы направим вам письмо, в котором сообщим, что не будем оплачивать медицинское обслуживание, и укажем причины этого решения.

Если вы не согласны с нашим решением об отклонении вашего запроса, **вы можете подать апелляцию**. Если вы подаете апелляцию, это означает, что вы подаете запрос на изменение решения о покрытии, которое мы приняли, когда отклонили ваш запрос на оплату.

**Чтобы подать такую апелляцию, следуйте процедуре подачи апелляций, описанной в разделе 6.3**. В отношении апелляций, касающихся возмещения расходов, обратите внимание на следующее:

- Мы обязаны предоставить вам ответ в течение 60 календарных дней после получения вашей апелляции. Если вы просите нас возместить ваши расходы на уже полученное и оплаченное медицинское обслуживание, вам не разрешается запрашивать ускоренное рассмотрение апелляции.

- Если независимая экспертная организация решает, что мы должны возместить расходы, мы должны прислать оплату вам или поставщику услуг в течение 30 календарных дней. Если по вашей апелляции принято положительное решение на любом уровне ее рассмотрения выше 2-го, мы должны отправить запрошенный вами платеж вам или поставщику услуг в течение 60 календарных дней.

## РАЗДЕЛ 7 Рецептурные лекарственные препараты по программе Part D: как направить запрос по поводу решения о покрытии или подать апелляцию

### Раздел 7.1 В этом разделе рассказывается, что делать, если у вас возникла проблема с получением лекарственного препарата по программе Part D или если вы желаете, чтобы мы возместили вам расходы на лекарственный препарат по программе Part D

В число доступных вам услуг входит страховое покрытие многих рецептурных лекарственных препаратов. Для получения покрытия ваш лекарственный препарат должен применяться в соответствии с установленными медицинскими показаниями. (Дополнительную информацию об установленных медицинских показаниях см. в главе 5.) Подробнее о лекарствах, правилах, ограничениях и стоимости лекарств по программе Part D см. в главе 5. **Этот раздел посвящен исключительно вашим лекарственным препаратам по программе Part D.** Для простоты до конца этой главы мы будем использовать термин *лекарственный препарат* в значении *покрываемый амбулаторный рецептурный лекарственный препарат или лекарственный препарат по программе Part D*. Мы используем термин «Перечень лекарств» вместо терминов *«Перечень покрываемых лекарств» или «Справочник лекарств»*.

- Если вы не знаете, покрывается ли тот или иной препарат или соответствуете ли вы правилам, вы можете обратиться к нам. Для покрытия некоторых препаратов необходимо получить от нас разрешение.
- Если в аптеке сообщат, что ваш рецептурный лекарственный препарат не может быть выдан, вы получите письменное уведомление с описанием способов связи с нами для подачи запроса на принятие решение о страховом покрытии.

**Решения о страховом покрытии по программе Part D и апелляции**

| Юридический термин |
| --- |
| Другое название первоначального решения о покрытии лекарства по программе Part D — **заключение о страховом покрытии**. |

Решение о покрытии представляет собой решение, которое мы принимаем в отношении ваших льгот и страхового покрытия либо в отношении суммы, которую мы выплачиваем за ваши лекарственные препараты. В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в одной из описанных ниже ситуаций:

- Вы направляете нам запрос на покрытие лекарственного препарата по программе Part D, который не входит в предусмотренный планом Перечень покрываемых лекарств. **Подайте запрос на исключение из правил покрытия. Раздел 7.2.**
- Вы просите нас отменить ограничение на страховое покрытие лекарства нашим планом (например, ограничение на количество лекарства, которое вы можете получить). **Подайте запрос на исключение из правил покрытия. Раздел 7.2.**
- Вы запрашиваете предварительное разрешение для лекарственного препарата. **Подайте запрос на решение о страховом покрытии. Раздел 7.4.**
- Вы обращаетесь к нам с запросом на оплату рецептурного препарата, который вы уже приобрели. **Вы можете попросить нас выплатить вам возмещение. Раздел 7.4.**

Если вы несогласны с принятым нами решением о покрытии, вы можете обжаловать его.

В этом разделе приводятся сведения о том, как направить запрос на предоставление решения о страховом покрытии и как подать апелляцию.

## Раздел 7.2 Что такое исключение?

| Юридические термины |
| --- |
| Направление запроса на покрытие лекарственного препарата, не входящего в Перечень лекарств, иногда называется направлением запроса на **исключение из справочника лекарств**.<br>Направление запроса на снятие ограничения на покрытие лекарственного препарата иногда называется направлением запроса на **исключение из справочника лекарств**.<br>Направление запроса на снижение цены на покрываемые непредпочтительные препараты иногда называется направлением запроса на предоставление **исключения в отношении лекарственного препарата определенного уровня**. |

Если лекарственный препарат не покрывается в необходимой вам степени, вы можете подать запрос на предоставление исключения. Исключение — это одна из разновидностей решения о страховом покрытии.

Чтобы мы рассмотрели ваш запрос на предоставление исключения, вашему врачу или другому лицу, выписывающему лекарство, необходимо предоставить нам медицинское обоснование запроса на предоставление исключения. Приводим два примера ситуаций, когда вам, вашему врачу или другому лицу, выписывающему лекарство, можно обращаться к нам с запросом на исключение.

1. **Покрытие лекарства по программе Part D, отсутствующего в нашем Перечне лекарств.** Вы не можете направить запрос на предоставление исключения в отношении доли участия в расходах, которую мы обязываем вас заплатить за лекарственный препарат.

2. **Отмена ограничения в отношении покрываемого лекарства.** В главе 5 описаны дополнительные правила или ограничения, действующие в отношении некоторых препаратов, включенных в наш Перечень лекарств.

## Раздел 7.3 Что важно знать о запросах на исключение

**Ваш врач должен предоставить нам медицинское обоснование**

Ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, должны предоставить нам медицинское обоснование запроса о предоставлении исключения. Чтобы ускорить принятие решения, перешлите эту медицинскую информацию от своего врача или другого лица, выписавшего вам рецепт, вместе со своим запросом на исключение.

Обычно наш Перечень лекарств включает более одного препарата для лечения определенного состояния. Такие различные препараты называются альтернативными. Если альтернативный лекарственный препарат будет так же эффективен, как запрашиваемый вами лекарственный препарат, и не будет вызывать больше побочных эффектов или других проблем со здоровьем, скорее всего, мы не одобрим ваш запрос о предоставлении исключения.

### Мы дадим положительный или отрицательный ответ на ваш запрос

- Если мы одобряем ваш запрос на предоставление исключения, то это одобрение обычно будет действовать до конца годового периода действия плана. Оно действует до тех пор, пока ваш врач продолжает выписывать вам это лекарство и пока оно остается безопасным и эффективным для лечения вашего состояния.
- Если мы не одобряем ваш запрос на предоставление исключения, вы можете попросить о пересмотре нашего решения, подав апелляцию.

## Раздел 7.4 Пошаговая инструкция: подача запроса на решение о страховом покрытии, включая запрос на предоставление исключения

| Юридический термин |
| --- |
| Другое название срочного решения о страховом покрытии — **ускоренное заключение о страховом покрытии**. |

### Шаг 1. Решите, нужно ли вам стандартное или срочное решение о покрытии.

Стандартное **решение о покрытии** означает, что мы предоставим вам ответ в течение **72 часов** после получения заключения вашего врача. **Срочное решение о покрытии** означает, что мы предоставим вам ответ в течение **24 часов** после получения заключения вашего врача.

***Если этого требует состояние вашего здоровья, запрашивайте срочное решение о предоставлении страхового покрытия.*** **Чтобы решение о страховом покрытии было принято в ускоренном порядке, должны быть выполнены два требования:**

- Вы должны запрашивать покрытие *лекарства, которое вы еще не получили*. (Вы не можете запросить срочное решение о страховом покрытии, чтобы возместить расходы за уже приобретенный препарат.)
- Использование стандартных сроков может *стать причиной серьезного ущерба вашему здоровью или дееспособности.*
- **Если ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, сообщит нам, что состояние вашего здоровья требует срочного решения о покрытии, мы автоматически согласимся на ускоренное рассмотрение.**
- **Если вы запрашиваете срочное решение о покрытии самостоятельно (без поддержки вашего врача или лица, выписывающего лекарство), мы сами решим, требуется ли ускоренное принятие решения в связи с состоянием вашего здоровья.** Если мы не одобрим срочное решение о страховом покрытии, мы направим вам письмо, в котором будет указано следующее:
  - Объяснение того, что мы будем использовать стандартные сроки рассмотрения.
  - Объяснение того, что мы автоматически согласимся на ускоренное рассмотрение, если ваш врач или лицо, выписывающее лекарство, запросит срочное решение о покрытии.

- Объяснение того, что вы можете подать срочную жалобу по нашему решению предоставить стандартное решение о покрытии вместо запрошенного вами срочного решения о покрытии. Мы ответим на вашу жалобу в течение 24 часов с момента ее получения.

### Шаг 2. Запросите стандартное или срочное решение о страховом покрытии.

Для начала направьте запрос в наш план (по телефону, письмом или по факсу), чтобы мы смогли одобрить или обеспечить покрытие необходимого вам медицинского обслуживания. Если вам требуется наше решение о страховом покрытии, вы также можете воспользоваться нашим веб-сайтом. Мы обязаны принимать все письменные запросы, включая запросы, направленные по форме типового запроса на определение покрытия Центров предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS), доступного на нашем веб-сайте. Контактная информация представлена в главе 2. Чтобы облегчить обработку вашего запроса, не забудьте указать ваше имя, контактную информацию и информацию о том, по какому страховому требованию подается апелляция.

Это можете сделать вы, ваш врач (или другое лицо, выписывающее лекарство) или ваш представитель. Кроме того, от вашего имени может действовать адвокат. В разделе 5 данной главы приведены сведения о процедуре выдачи разрешения иному лицу на совершение действий в качестве вашего представителя.

- **Если вы запрашиваете исключение, предоставьте обоснование,** которое представляет собой медицинскую причину запроса на предоставление исключения. Ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, могут прислать нам это обоснование по факсу или письмом. Либо ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, могут сообщить об этом по телефону с последующим направлением обоснования по факсу или по почте.

### Шаг 3. Мы рассматриваем вашу запрос и даем вам ответ.

***Сроки принятия срочного решения о страховом покрытии***

- Как правило, мы обязаны дать вам ответ **в течение 24 часов** после получения вашего запроса.
  - Если вы подаете запрос на исключение, мы предоставим вам ответ в течение 24 часов с момента получения обоснования запроса от вашего врача. Мы предоставим ответ раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - В случае несоблюдения нами указанного срока мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией.

- **Если мы частично или полностью удовлетворим ваш запрос,** согласованное страховое покрытие должно быть предоставлено нами в течение 24 часов после получения вашего запроса или обоснования от вашего врача.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос,** вы получите письменное обоснование нашего отрицательного ответа. Мы также разъясним процедуру подачи апелляции.

***Сроки принятия стандартного решения о покрытии еще не полученного вами лекарственного препарата***

- Как правило, мы обязаны дать вам ответ **в течение 72 часов** после получения вашего запроса.
  - Если вы подаете запрос на исключение, мы предоставим вам ответ в течение 72 часов с момента получения обоснования запроса от вашего врача. Мы предоставим ответ раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - В случае несоблюдения нами указанного срока мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией.
- **Если мы частично или полностью удовлетворим ваш запрос, согласованное страховое покрытие** должно быть **предоставлено** нами в течение **72 часов** после получения вашего запроса или обоснования от вашего врача.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос,** вы получите письменное обоснование нашего отрицательного ответа. Мы также разъясним процедуру подачи апелляции.

***Сроки принятия стандартного решения о покрытии уже приобретенного вами лекарственного препарата***

- Мы обязаны предоставить вам ответ **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.
  - В случае несоблюдения нами указанного срока мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией.
- **Если мы примем положительное решение относительно части или всего запрашиваемого вами покрытия**, мы также должны возместить вам такое страховое покрытие в течение 14 календарных дней со дня получения вашего запроса.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос**, вы получите письменное обоснование нашего отрицательного ответа. Мы также разъясним процедуру подачи апелляции.

**Шаг 4. Если мы даем отрицательный ответ на запрос на покрытие медицинского обслуживания, вы можете подать апелляцию.**

- В случае нашего отказа вы имеете право обратиться к нам с запросом о пересмотре этого решения посредством подачи апелляции. Это означает повторное обращение с просьбой предоставить желаемое страховое покрытие лекарственных препаратов. Если вы подаете апелляцию, она передается на 1-й уровень рассмотрения.

## Раздел 7.5 Пошаговая инструкция: подача апелляции 1-го уровня

| Юридические термины |
| --- |
| Обращение к плану с апелляцией по поводу покрытия лекарственного препарата по программе Part D называется **пересмотром**.<br>Другое название срочной апелляции — **ускоренный пересмотр**. |

**Шаг 1. Решите, нужна ли вам стандартная апелляция или срочная апелляция.**

***Решение по стандартной апелляции обычно принимается в течение 7 дней. Решение по срочной апелляции обычно принимается в течение 72 часов. Запросите срочную апелляцию, если этого требует состояние вашего здоровья.***

- Если вы подаете апелляцию на принятое нами решение о покрытии лекарственного препарата, еще не полученного вами, вам и вашему врачу или другому лицу, выписывающему лекарство, необходимо решить, нужна ли вам срочная апелляция.
- Требования к подаче срочной апелляции соответствуют требованиям к запросу о срочном решении о страховом покрытии, изложенным в разделе 7.4 настоящей главы.

**Шаг 2. Вы, ваш представитель, врач или другое лицо, выписывающее лекарство, должны связаться с нами и подать апелляцию 1-го уровня.** Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, вам следует запросить **срочную апелляцию.**

- **В случае стандартных апелляций подайте запрос в письменном виде или позвоните нам.** Контактная информация представлена в главе 2.
- **В случае срочной апелляции подайте ее в письменном виде или позвоните нам. 1-800-431-9007 (TTY: 711)**. Контактная информация представлена в главе 2.

- **Мы обязаны принимать все письменные запросы,** включая запросы, направленные по форме типового запроса на определение покрытия Центров предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS), доступного на нашем веб-сайте. Чтобы облегчить обработку вашего запроса, укажите ваше имя, контактную информацию и информацию о страховом требовании.
- **Вы должны подать свой запрос на апелляцию в течение 60 календарных дней** с даты присланного вам письменного уведомления, содержащего решение о страховом покрытии. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, объясните причину опоздания при подаче апелляции. Мы можем предоставить вам больше времени для подачи апелляции. Примеры уважительных причин могут включать наличие тяжелого заболевания, помешавшего вам связаться с нами, или получение от нас неточной или неполной информации о сроках подачи апелляции.
- **Вы можете запросить копию информации, содержащейся в вашей апелляции, и добавить дополнительную информацию.** Вы и ваш врач можете предоставить дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

### Шаг 3. Мы рассматриваем вашу апелляцию и даем вам ответ.

- При рассмотрении апелляции мы еще раз внимательно изучаем всю информацию о вашем запросе на предоставление страхового покрытия. Мы проверим, были ли нами соблюдены все правила, когда мы дали отрицательный ответ на ваш запрос. Мы можем связаться с вами, вашим врачом или другим лицом, выписывающим вам лекарство, для получения дополнительной информации.

***Сроки ускоренного рассмотрения апелляции***

- При ускоренном рассмотрении мы должны предоставить вам ответ **в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции.** Мы предоставим ответ раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - В случае отсутствия ответа по истечении 72 часов мы обязаны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, и он будет рассмотрен независимой экспертной организацией. В разделе 7.6 разъясняется процедура подачи апелляции 2-го уровня.
- Если мы частично или полностью удовлетворим ваш запрос, согласованное страховое покрытие должно быть предоставлено нами в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- Если мы даем отрицательный ответ на ваш запрос для части или для всего запрашиваемого вами покрытия, мы направим вам письмо с объяснением причин отказа и порядка подачи апелляции на наше решение.

***Сроки рассмотрения стандартной апелляции о покрытии еще не полученного вами лекарственного препарата***

- В случае стандартной апелляции мы должны предоставить вам ответ **в течение 7 календарных дней** с момента получения вашей апелляции. Мы примем решение раньше, если вы еще не получили препарат, и этого требует состояние вашего здоровья.
  - В случае отсутствия решения по истечении 7 календарных дней мы обязаны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, и он будет рассмотрен независимой экспертной организацией. В разделе 7.6 разъясняется процедура подачи апелляции 2-го уровня.
- **Если мы частично или полностью удовлетворим ваш запрос**, мы должны предоставить покрытие так быстро, как того требует ваше здоровье, но не позднее чем через **7 календарных дней** после получения вашей апелляции. **Если мы даем отрицательный ответ на ваш запрос для части или для всего запрашиваемого вами покрытия**, мы направим вам письмо с объяснением причин отказа и порядка подачи апелляции на наше решение.

***Сроки принятия стандартного решения по апелляции в отношении уже приобретенного вами лекарственного препарата***

- Мы обязаны предоставить вам ответ **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.
  - В случае несоблюдения нами указанного срока мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией.
- **Если мы примем положительное решение относительно части или всего запрашиваемого вами покрытия**, мы также должны возместить вам такое страховое покрытие в течение 30 календарных дней со дня получения вашего запроса.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос**, вы получите письменное обоснование нашего отрицательного ответа. Мы также разъясним процедуру подачи апелляции.

### Шаг 4. Если мы отклоним вашу апелляцию, вы можете продолжить процесс обжалования и подать еще одну апелляцию.

- Если вы решите подать новую апелляцию, ваша апелляция переходит на 2-й уровень апелляционного процесса.

## Раздел 7.6 Пошаговая инструкция: подача апелляции 2-го уровня

| Юридический термин |
| --- |
| Официальное название организации, выполняющей независимую экспертизу, — **независимая экспертная организация**. Иногда ее называют **«IRE».** |

**Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанятая Medicare.** Она не связана с нами и не является государственным органом. Эта организация решает, является ли принятое нами решение правильным или его следует изменить. Контроль над ее работой осуществляет Medicare.

### Шаг 1. Вы (либо ваш представитель, ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство) должны связаться с независимой экспертной организацией и подать запрос на пересмотр вашего случая.

- Если мы даем отрицательный ответ по вашей апелляции 1-го уровня, мы пришлем вам письмо с **инструкцией о порядке подачи апелляции 2-го уровня** в независимую экспертную организацию. В инструкции содержится информация о том, кто может подавать апелляцию 2-го уровня, в какие сроки это следует сделать и как связаться с независимой экспертной организацией. Однако если мы не завершили рассмотрение в течение установленных сроков или если мы приняли решение не в вашу пользу об отнесении вас в группу риска в рамках программы контроля приема лекарств, то мы автоматически направим вашу апелляцию в независимую экспертную организацию (IRE).
- Мы направим информацию о вашей апелляции в эту организацию. Такая информация называется **«материалы дела». Вы имеете право запросить у нас копию материалов по вашему делу.**
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию для обоснования своей апелляции.

### Шаг 2. Независимая экспертная организация рассматривает вашу апелляцию.

Специалисты независимой экспертной организации внимательно изучают всю информацию, касающуюся вашей апелляции.

***Сроки ускоренного рассмотрения апелляции***

- Если этого требует состояние вашего здоровья, направьте в независимую экспертную организацию запрос на срочную апелляцию.
- Если организация согласится предоставить вам срочную апелляцию, она должна предоставить вам ответ по вашей апелляции 2-го уровня **в течение 72 часов** с момента получения вашего запроса на апелляцию.

***Сроки стандартного рассмотрения апелляции***

- В случае стандартной апелляции экспертная организация обязана дать вам ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 7 календарных дней** после получения ею вашей апелляции, если она касается лекарственного препарата, который вы еще не получили. Если вы направляете запрос на возмещение нами расходов на уже приобретенный вами лекарственный препарат, независимая экспертная организация обязана дать вам ответ по вашей апелляции 2-го уровня **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.

### Шаг 3. Независимая экспертная организация предоставляет ответ.

***Для срочных апелляций:***

- **Если независимая экспертная организация частично или полностью удовлетворит ваш запрос**, мы должны предоставить страховое покрытие расходов на препараты, которое было одобрено экспертной организацией, в течение 24 часов после того, как получим ее решение.

***Для стандартных апелляций:***

- **Если независимая экспертная организация частично или полностью удовлетворит ваш запрос на страховое покрытие,** мы должны предоставить страховое покрытие расходов на препараты, которое было одобрено экспертной организацией, **в течение 72 часов** после того, как получим ее решение.
- **В случае одобрения независимой экспертной организацией запроса на возмещение расходов** на уже приобретенный вами лекарственный препарат, мы обязаны **выплатить вам соответствующую сумму в течение 30 календарных дней** после получения нами решения независимой экспертной организации**.**

**Если экспертная организация дает отрицательный ответ по вашей апелляции**

**Если эта организация примет отрицательное решение относительно части или всей вашей апелляции,** это означает, что они согласны с нашим решением не одобрять ваш запрос (или часть вашего запроса). (Это называется **«поддержанием решения»**. Другое название — **отклонение апелляции**.) В этом случае независимая экспертная организация направит вам письмо, содержащее следующую информацию:

- Разъяснение принятого решения.
- Уведомление о праве на апелляцию 3-го уровня, если стоимость запрашиваемого вами лекарства в долларовом выражении соответствует определенному минимуму. Если стоимость запрашиваемого вами покрытия в долларовом выражении слишком низкая, вы не сможете подать новую апелляцию, т. е. решение, принятое на 2-м уровне апелляции, является окончательным.
- Указание стоимости в долларовом выражении, при которой процедура рассмотрения апелляции может быть продолжена.

**Шаг 4. Если ваш случай соответствует требованиям, вы должны решить, желаете ли вы продолжить апелляционный процесс.**

- После 2-го уровня предусмотрено еще три дополнительных уровня апелляционного процесса (всего их пять).
- Если вы решите подать апелляцию 3-го уровня, порядок этой процедуры подробно описан в письменном уведомлении, полученном вами после получения решения по вашей апелляции 2-го уровня.
- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей. Более подробные сведения о 3-м, 4-м и 5-м уровнях апелляционного процесса приведены в разделе 10 настоящей главы.

## РАЗДЕЛ 8 Как попросить нас покрыть дальнейшее пребывание в стационаре, если вы считаете, что вас выписывают преждевременно

При поступлении в больницу вы имеете право на получение всех покрываемых услуг больницы, которые требуются для диагностики и лечения вашей болезни или травмы.

На протяжении всего вашего пребывания в больнице в рамках страхового покрытия ваш врач и сотрудники больницы будут готовить вас ко дню выписки. Они помогут организовать уход, который может понадобиться вам после выписки.

- День, когда вы покидаете больницу, называется **датой выписки**.
- Ваш врач или сотрудники больницы сообщат вам, когда будет принято решение о дате вашей выписки.
- Если вы считаете, что вас просят покинуть больницу преждевременно, вы можете попросить продлить ваше пребывание в ней; при этом ваш запрос будет рассмотрен.

### Раздел 8.1 Во время пребывания в стационаре вы получите письменное уведомление от Medicare, в котором говорится о ваших правах

В течение двух дней после поступления в больницу вам будет направлено письменное уведомление под названием *Важное сообщение о ваших правах от Medicare*. Каждый участник программы Medicare получает копию этого уведомления. Если вы не получили уведомление от кого-либо из сотрудников больницы (например, от сотрудника по делам страхования или медсестры), попросите его у любого сотрудника больницы. Если вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. (TTY: 1-877-486-2048).

1. **Внимательно прочитайте уведомление и задайте вопросы, если вам что-то неясно.** Из него вы можете узнать следующее:
   - Ваше право на получение услуг, покрываемых Medicare, во время и после пребывания в больнице по назначению врача. В том числе, вы имеете право знать, какие это услуги, кто будет их оплачивать и где вы можете их получить.
   - Ваше право на участие в принятии любых решений, касающихся вашего пребывания в больнице.
   - Право знать, кому следует сообщать о любых проблемах, возникших у вас в связи с качеством вашего пребывания в больнице.
   - Ваше право **на подачу запроса на проведение незамедлительного пересмотра** решения о вашей выписке, если вы считаете, что вас выписывают из больницы преждевременно. Это официальный законный способ попросить о переносе даты вашей выписки из больницы на более позднее время, чтобы мы покрывали ваше пребывание в больнице в течение более длительного срока.
2. **Вам будет предложено подписать письменное уведомление, чтобы подтвердить, что вы получили его и понимаете свои права.**
   - Вам или лицу, действующему от вашего имени, будет предложено подписать уведомление.
   - Подписание уведомления подтверждает только факт ознакомления с информацией о своих правах. В уведомлении не указана дата выписки. Подписание уведомления не означает, что вы согласны с датой выписки.
3. **Храните свой экземпляр** уведомления под рукой, чтобы в случае необходимости иметь информацию о процедуре подачи апелляции (или сообщении о проблемах с качеством обслуживания).
   - Если вы подписали уведомление более чем за два дня до даты вашей выписки из больницы, вы получите еще один экземпляр перед запланированной датой вашей выписки.
   - Вы можете заранее ознакомиться с данным уведомлением, обратившись в отдел обслуживания участников плана или позвонив по номеру 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. Вы также можете ознакомиться с уведомлением онлайн по адресу: www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

## Раздел 8.2 Пошаговая инструкция: подача апелляции 1-го уровня для изменения даты выписки из больницы

Если вы хотите попросить нас покрыть услуги стационарного лечения в течение более длительного срока, вам необходимо использовать процедуру апелляции для подачи такого запроса. Для начала изучите информацию о процедуре и сроках подачи апелляции.

- **Следуйте процедуре в соответствии с указаниями.**
- **Соблюдайте сроки.**
- **Если вам нужна помощь, обращайтесь за ней.** Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников плана. Либо позвоните в Программу помощи по вопросам медицинского страхования штата — государственную организацию, предоставляющую персонализированную помощь.

**В рамках 1-го уровня вашу апелляцию рассматривает Организация повышения качества обслуживания**. Она проверяет, была ли запланированная дата вашей выписки обоснована с медицинской точки зрения.

**Организация повышения качества обслуживания** — это группа врачей и других специалистов в области медицины, услуги которых оплачиваются федеральным правительством в целях осуществления проверки и повышения качества обслуживания участников программы Medicare. Сюда относится проверка дат выписки из больниц для участников программы Medicare. Эти эксперты не являются сотрудниками нашего плана страхования.

### Шаг 1. Свяжитесь с Организацией повышения качества обслуживания в своем штате и подайте запрос на проведение незамедлительного пересмотра вашей выписки из больницы. Вы должны действовать быстро.

***Как можно связаться с этой организацией?***

- В полученном вами письменном уведомлении (*Важное сообщение о ваших правах от Medicare*) указаны контактные данные этой организации. Либо можно найти название, адрес и номер телефона Организации повышения качества обслуживания в вашем штате в главе 2.

***Действуйте быстро:***

- Чтобы подать апелляцию, обратитесь в Организацию повышения качества обслуживания *до того*, как покинете больницу, **но не позднее полуночи даты вашей выписки**.

- В случае соблюдения этого срока вы сможете остаться в больнице после даты вашей выписки без оплаты за пребывание в ней, пока вы ждете решения от Организации повышения качества обслуживания.
- Если вы не соблюдаете указанные сроки и решаете остаться в больнице после запланированной даты вашей выписки, вам, возможно, придется оплатить все расходы на больничный уход, полученный вами после запланированной даты вашей выписки.

- Если вы пропустили срок обращения в Организацию повышения качества обслуживания и все еще желаете подать апелляцию, вы должны подать апелляцию напрямую в наш план страхования. Дополнительные сведения об этом способе подачи апелляции см. в разделе 8.4 настоящей главы.

Как только вы подаете запрос на проведение незамедлительного пересмотра решения о вашей выписке, Организация повышения качества обслуживания свяжется с вами. К середине дня, следующего за днем, в который с нами связались, мы выдадим вам **Подробное уведомление о выписке**. В этом уведомлении указывается планируемая дата вашей выписки и подробно объясняются причины, по которым ваш врач, больница и мы считаем, что вы должны быть выписаны именно в эту дату (с медицинской точки зрения).

Образец Подробного уведомления о выписке можно получить, позвонив в отдел обслуживания участников плана или по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. (При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.) Кроме того, можно посмотреть пример уведомления на веб-сайте www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

### Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит независимый пересмотр вашего случая.

- Медицинские специалисты-сотрудники Организации повышения качества обслуживания («специалисты по пересмотру») спросят вас (или вашего представителя), почему вы считаете, что покрытие услуг должно быть продолжено. Вы не обязаны подготавливать свои доводы в письменном виде, но при желании можете это сделать.
- Специалисты по пересмотру также проанализируют вашу медицинскую документацию, поговорят с вашим врачом и изучат информацию, предоставленную больницей и нами.
- К полудню дня, следующего за тем, когда специалисты по пересмотру сообщат нашему плану о вашей апелляции, вы получите письменное уведомление с запланированной датой вашей выписки. В этом уведомлении также подробно объясняются причины, по которым ваш врач, больница и мы считаем, что вы должны быть выписаны именно в эту дату (с медицинской точки зрения).

**Шаг 3. Организация повышения качества обслуживания предоставляет вам ответ на вашу апелляцию в течение суток после получения всей необходимой информации.**

***Что происходит в случае положительного решения?***

- Если экспертная организация даст *положительный ответ*, **мы будем предоставлять покрываемые услуги стационарного лечения в течение периода, пока они необходимы вам по медицинским показаниям.**
- Вы должны будете продолжать оплачивать свою часть расходов (например, не покрываемые страховкой минимумы или доплаты, если таковые применяются). Кроме того, в отношении ваших покрываемых услуг стационарного лечения могут действовать ограничения.

***Что происходит в случае отрицательного решения?***

- Если экспертная организация даст *отрицательный ответ*, это означает, что ваша запланированная дата выписки обоснована с медицинской точки зрения. В этом случае **наше покрытие ваших услуг стационарного лечения закончится** к середине дня, *следующего* за датой предоставления вам ответа на вашу апелляцию Организацией повышения качества обслуживания.
- Если экспертная организация дает *отрицательный* ответ на вашу апелляцию и вы решаете остаться в больнице, **вам, возможно, придется оплатить все расходы** на больничный уход, полученный вами после середины дня, следующего за датой предоставления вам ответа на вашу апелляцию Организацией повышения качества обслуживания.

**Шаг 4. Если ответ на вашу апелляцию 1-го уровня отрицательный, вы решаете, подавать ли вам еще одну апелляцию.**

- Если Организация повышения качества обслуживания вынесла *отрицательный* ответ по вашей апелляции и при этом вы остались в больнице после запланированной даты вашей выписки, вы можете подать еще одну апелляцию. Подача еще одной апелляции означает, что вы переходите на **2-й уровень** процедуры рассмотрения апелляции.

## Раздел 8.3 Пошаговая инструкция: подача апелляции 2-го уровня для изменения даты выписки из больницы

В ходе апелляции 2-го уровня вы направляете в Организацию повышения качества обслуживания запрос на повторное рассмотрение решения по вашей первой апелляции. Если Организация повышения качества обслуживания отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придется полностью оплатить свое пребывание в больнице после запланированной даты выписки.

**Шаг 1. Еще раз обратитесь в Организацию повышения качества обслуживания и запросите повторное проведение рассмотрения.**

- Вы обязаны подать запрос о таком пересмотре **в течение 60 календарных дней** после даты *отклонения* Организацией повышения качества обслуживания вашей апелляции 1-го уровня. Вы можете запросить пересмотр решения, только если вы оставались в больнице после того дня, когда страховое покрытие лечения в больнице закончилось.

**Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит повторный пересмотр вашего случая.**

- Специалисты Организации повышения качества обслуживания заново внимательно изучают всю информацию, касающуюся вашей апелляции.

**Шаг 3. Специалисты по пересмотру примут и сообщат вам решение по вашей апелляции в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса на апелляцию 2-го уровня.**

***Если экспертная организация дает положительный ответ:***

- **Мы обязаны возместить вам** нашу долю расходов на больничный уход, полученный вами после середины дня, следующего за датой отклонения вашей первой апелляции Организацией повышения качества обслуживания. **Мы обязаны продолжать покрывать ваше стационарное лечение в больнице до тех пор, пока для него имеются медицинские показания.**
- Вы обязаны продолжить оплачивать свою долю расходов; могут применяться ограничения на покрытие.

***Если экспертная организация дает отрицательный ответ:***

- Это означает, что специалисты этой организации согласны с решением по апелляции 1-го уровня.
- Вы получите письменное уведомление, в котором будет сказано, что вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции.

**Шаг 4. В случае отрицательного ответа вам следует решить, желаете ли вы перейти на следующий, 3-й уровень апелляции.**

- После 2-го уровня предусмотрено еще три дополнительных уровня апелляционного процесса (всего их пять). Если вы решите подать апелляцию 3-го уровня, порядок этой процедуры подробно описан в письменном уведомлении, полученном вами после получения решения по вашей апелляции 2-го уровня.
- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей. Более подробные сведения о 3-м, 4-м и 5-м уровнях апелляционного процесса приведены в разделе 10 настоящей главы.

## Раздел 8.4 Если пропущены крайние сроки подачи апелляции 1-го уровня в отношении изменения даты выписки из больницы

| Юридический термин |
| --- |
| Другое название срочного пересмотра (или срочной апелляции) — **ускоренное рассмотрение апелляции**. |

### Вы можете подать апелляцию непосредственно нам

Как объяснялось выше, вы должны действовать быстро, чтобы начать процедуру апелляции 1-го уровня по поводу даты выписки из больницы. Если вы пропустите сроки обращения в Организацию повышения качества обслуживания, вы можете подать свою апелляцию другим способом.

Если вы подаете апелляцию другим способом, *первые два уровня апелляции будут отличаться*.

### Пошаговая инструкция: подача *альтернативной* апелляции 1-го уровня

### Шаг 1. Обратитесь к нам и попросите рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке.

- **Попросите рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке.** Это означает, что вы просите нас предоставить вам ответ не в стандартные, а в ускоренные сроки. Контактная информация представлена в главе 2.

### Шаг 2. Мы проводим срочный пересмотр даты вашей запланированной выписки и проверяем, была ли она обоснована с медицинской точки зрения.

- Во время этого пересмотра мы изучаем всю информацию о вашем пребывании в больнице. Мы проверим, была ли запланированная дата вашей выписки обоснована с медицинской точки зрения. Мы проверим, было ли решение о вашей выписке из больницы справедливым и удовлетворяло ли оно всем правилам.

### Шаг 3. Мы предоставим вам наше решение в течение 72 часов после вашего запроса на срочный пересмотр.

- **Если мы приходим к положительному решению по вашей апелляции,** это означает наше согласие с тем, что вы должны остаться в больнице после запланированной даты выписки. Мы продолжим предоставлять покрываемые услуги стационарного лечения в течение периода, пока они необходимы вам по медицинским показаниям. Это также означает, что мы согласны возместить

вам нашу часть расходов на оплату лечения, которое вы получили с того дня, в который страховое покрытие должно было закончиться согласно нашему прежнему решению. (Вы должны оплатить свою часть расходов. На покрытие могут распространяться ограничения.)

- **Отрицательный ответ по вашей апелляции** говорит о том, что запланированная дата выписки была обоснованной с медицинской точки зрения. Наше страховое покрытие вашего стационарного лечения в больнице заканчивается в тот день, который мы указали прежде.
  - Если вы остались в больнице после запланированной даты вашей выписки, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость больничного ухода, полученного вами после запланированной даты вашей выписки.

### Шаг 4. Если мы даем *отрицательный ответ* по вашей апелляции, ваш случай будет автоматически направлен на следующий уровень процедуры апелляции.

### Пошаговая инструкция: подача *альтернативной* апелляции 2-го уровня

| Юридический термин |
| --- |
| Официальное название организации, выполняющей независимую экспертизу, — **независимая экспертная организация**. Иногда ее называют **«IRE».** |

**Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанятая Medicare.** Она не связана с нашим планом и не является государственным органом. Эта организация решает, является ли принятое нами решение правильным или его следует изменить. Контроль над ее работой осуществляет Medicare.

### Шаг 1. Ваш случай будет автоматически направлен нами в независимую экспертную организацию.

- Мы обязаны передать информацию по апелляции 2-го уровня в независимую экспертную организацию в течение 24 часов после уведомления об отклонения нами вашей первой апелляции. (Если вы считаете, что нами не был соблюден этот или другие сроки, вы можете подать жалобу. Порядок подачи жалоб описан в разделе 11 настоящей главы.)

### Шаг 2. Независимая экспертная организация выполнит срочный пересмотр вашей апелляции. Специалисты предоставят вам ответ в течение 72 часов.

- Рассматривающие ваш случай сотрудники независимой экспертной организации тщательно ознакомятся со всей информацией, имеющей отношение к вашей апелляции в отношении выписки из больницы.

- **Если эта организация даст положительный ответ по вашей апелляции**, мы должны будем оплатить вам нашу часть расходов на стационарную помощь, которую вы получили со дня запланированной даты выписки. Мы должны продлить страховое покрытие вашего стационарного лечения в больнице до тех пор, пока это лечение остается необходимым по медицинским показаниям. Вы обязаны и далее оплачивать свою долю расходов. Если существуют ограничения на покрытие, они могут ограничивать размер возмещения расходов или продолжительность покрытия ваших услуг.
- **Если эта организация даст *отрицательный* ответ по вашей апелляции**, это означает, что они согласны, что запланированная дата выписки из больницы была обоснованной с медицинской точки зрения.
- В письменном уведомлении, полученном вами от независимой экспертной организации, будет указано, как начать апелляционный процесс 3-го уровня, которым занимается судья по административным делам или уполномоченный третейский судья.

**Шаг 3. В случае отклонения независимой экспертной организацией вашей апелляции вы должны решить, желаете ли вы продолжить апелляционный процесс.**

- После 2-го уровня предусмотрено еще три дополнительных уровня апелляционного процесса (всего их пять). Если специалисты по пересмотру дают отрицательный ответ по вашей апелляции 2-го уровня, вам необходимо решить, хотите ли вы согласиться с их решением или перейти на 3-й уровень апелляции.
- Более подробные сведения о 3-м, 4-м и 5-м уровнях апелляционного процесса приведены в разделе 10 настоящей главы.

## РАЗДЕЛ 9 Как попросить нас продолжить покрывать определенные медицинские услуги, если вы считаете, что ваше покрытие заканчивается преждевременно

### Раздел 9.1 *Этот раздел относится только к трем услугам:* медицинский уход на дому, обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода и услуги центра комплексной амбулаторной реабилитации (CORF)

В случае получения покрываемых услуг **медицинского ухода на дому, услуг в учреждении квалифицированного сестринского ухода или услуг по реабилитации (в центре комплексной амбулаторной реабилитации)** вы имеете право получать покрываемые услуги в рамках такого обслуживания, пока данное обслуживание необходимо для диагностики и лечения вашей болезни или травмы.

Когда мы принимаем решение об окончании покрытия любого из этих трех видов обслуживания для вас, мы обязаны заблаговременно сообщить вам об этом. После окончания страхового покрытия *мы перестаем платить за ваше обслуживание*.

Если вы считаете, что мы собираемся прекратить страховое покрытие слишком рано, вы можете подать апелляцию на наше решение. В этом разделе рассказывается, как подать апелляцию.

### Раздел 9.2 Мы заранее сообщим о том, когда закончится ваше страховое покрытие

| Юридический термин |
| --- |
| **Уведомление о прекращении страхового покрытия по программе Medicare.** В нем описана процедура подачи запроса на проведение **ускоренного рассмотрения апелляции**. Направление запроса на проведение ускоренного рассмотрения апелляции — это официальный законный способ попросить нас изменить решение о покрытии касательно прекращения вашего обслуживания. |

1. **Вы получаете письменное уведомление** не менее чем за два дня до того, как наш план прекратит оплачивать ваше обслуживание. В этом уведомлении будет сказано следующее:

- Дата прекращения страхового покрытия вашего обслуживания.
- Сведения о том, как направить запрос на ускоренное рассмотрение апелляции с целью попросить нас продолжить покрывать обслуживание в течение более длительного срока.

2. **Вам или лицу, действующему от вашего имени, будет предложено подписать письменное уведомление, чтобы показать, что вы его получили.** Подписание уведомления подтверждает *только* факт ознакомления с информацией о дате прекращения вашего покрытия. **Подписание уведомления не означает, что вы согласны** с решением плана о прекращении получения обслуживания.

## Раздел 9.3 Пошаговая инструкция: подача апелляции 1-го уровня для покрытия нашим планом вашего обслуживания в течение более длительного времени

Если вы хотите попросить нас покрыть ваше обслуживание в течение более длительного срока, вам необходимо использовать процедуру апелляции для подачи такого запроса. Для начала изучите информацию о процедуре и сроках подачи апелляции.

- **Следуйте процедуре в соответствии с указаниями.**
- **Соблюдайте сроки.**
- **Если вам нужна помощь, обращайтесь за ней.** Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников плана. Либо позвоните в Программу помощи по вопросам медицинского страхования штата — государственную организацию, предоставляющую персонализированную помощь.

**В рамках 1-го уровня вашу апелляцию рассматривает Организация повышения качества обслуживания.** Эта организация принимает решение о том, является ли дата окончания вашего обслуживания обоснованной с медицинской точки зрения.

### Шаг 1. Подайте апелляцию 1-го уровня: свяжитесь с Организацией повышения качества обслуживания и запросите ускоренное рассмотрение апелляции. Вы должны действовать быстро.

***Как можно связаться с этой организацией?***

- В полученном вами письменном уведомлении (*Уведомление о прекращении страхового покрытия по программе Medicare*) указано, как связаться с этой организацией. (Либо можно найти название, адрес и номер телефона Организации повышения качества обслуживания в вашем штате в главе 2.)

***Действуйте быстро:***

- Вы должны обратиться в Организацию повышения качества обслуживания для начала апелляционного процесса **к полудню дня, предшествующего дате вступления** в силу *Уведомления о прекращении страхового покрытия по программе Medicare*.
- Если вы пропустили срок обращения в Организацию повышения качества обслуживания и все еще желаете подать апелляцию, вы должны подать апелляцию напрямую нам. Дополнительные сведения об этом способе подачи апелляции см. в разделе 9.5 настоящей главы.

### Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит независимый пересмотр вашего случая.

| Юридический термин |
| --- |
| **Подробное объяснение прекращения страхового покрытия.** Уведомление, содержащее подробную информацию о причинах прекращения страхового покрытия. |

***Что происходит в процессе рассмотрения?***

- Медицинские специалисты-сотрудники Организации повышения качества обслуживания («специалисты по пересмотру») спросят вас (или вашего представителя), почему вы считаете, что покрытие услуг должно быть продолжено. Вы не обязаны подготавливать свои доводы в письменном виде, но при желании можете это сделать.
- Сотрудники экспертной организации также изучат вашу медицинскую документацию, поговорят с вашим врачом и ознакомятся с информацией, которую им предоставит наш план.
- К концу дня, в который специалисты по пересмотру сообщили нам о вашей апелляции, вы получите от нас **Подробное объяснение прекращения страхового покрытия** (уведомление с подробным объяснением причин прекращения нашего покрытия ваших услуг)**.**

### Шаг 3. В течение одного полного дня с момента получения специалистами по пересмотру всей необходимой информации они сообщат вам свое решение.

***Что будет, если эксперты примут положительное решение по вашей апелляции?***

- Если специалисты по пересмотру дают положительный ответ по вашей апелляции**, мы обязаны продолжить предоставлять вам покрываемые услуги в течение всего периода, пока они будут необходимы вам по медицинским показаниям**.

- Вы должны будете продолжать оплачивать свою часть расходов (например, не покрываемые страховкой минимумы или доплаты, если таковые применяются). В отношении покрываемых услуг могут действовать ограничения.

***Что будет, если эксперты примут отрицательное решение по вашей апелляции?***

- Если эксперты вынесут отрицательное решение, покрытие **закончится в тот же день, когда мы вам об этом сообщим.**
- Если вы решите продолжить получать услуги медицинского ухода на дому, обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода или центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) *после* этой даты окончания вашего покрытия, вам **придется оплатить полную стоимость** этого обслуживания самостоятельно.

### Шаг 4. Если ответ на вашу апелляцию 1-го уровня отрицательный, вы решаете, подавать ли вам еще одну апелляцию.

- Если специалисты по пересмотру дают *отрицательный ответ* по вашей апелляции 1-го уровня и при этом вы решаете продолжить получать обслуживание после прекращения его покрытия, вы можете подать апелляцию 2-го уровня.

## Раздел 9.4 Пошаговая инструкция: подача апелляции 2-го уровня для покрытия нашим планом вашего обслуживания в течение более длительного времени

В ходе апелляции 2-го уровня вы направляете в Организацию повышения качества обслуживания запрос на повторное рассмотрение решения по вашей первой апелляции. Если Организация повышения качества обслуживания отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придется полностью оплатить услуги медицинского ухода на дому, обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода или центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) *после* установленной нами даты окончания покрытия.

### Шаг 1. Еще раз обратитесь в Организацию повышения качества обслуживания и запросите повторное проведение рассмотрения.

- Вы обязаны подать запрос о таком пересмотре **в течение 60 дней** после даты отклонения Организацией повышения качества обслуживания вашей апелляции 1-го уровня. Вы имеете право подать запрос на такой пересмотр только в том случае, если продолжаете получать обслуживание после даты окончания его страхового покрытия.

**Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит повторный пересмотр вашего случая.**

- Специалисты Организации повышения качества обслуживания заново внимательно изучают всю информацию, касающуюся вашей апелляции.

**Шаг 3. Специалисты по пересмотру примут решение по вашей апелляции и сообщат вам о нем в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса на проведение повторного пересмотра.**

***Что будет, если экспертная организация придет к положительному решению?***

- **Мы должны возместить вам** нашу часть расходов на оплату лечения, которое вы получили с того дня, в который страховое покрытие должно было закончиться согласно нашему прежнему решению. **Мы обязаны продолжить предоставлять покрытие** вашего обслуживания в течение всего периода, пока оно будет необходимо вам по медицинским показаниям.
- Вы обязаны продолжать оплачивать свою долю расходов, при этом могут применяться ограничения покрытия.

***Что будет, если экспертная организация придет к отрицательному решению?***

- Это означает, что специалисты этой организации согласны с решением по апелляции 1-го уровня.
- Вы получите письменное уведомление, в котором будет сказано, что вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции. В нем вы найдете подробную информацию о том, как перейти на следующий уровень апелляционного процесса, который рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей.

**Шаг 4. В случае отрицательного ответа вам следует решить, желаете ли вы перейти на следующий уровень апелляции.**

- После 2-го уровня предусмотрено еще три дополнительных уровня апелляционного процесса (всего их пять). Если вы решите подать апелляцию 3-го уровня, порядок этой процедуры подробно описан в письменном уведомлении, полученном вами после получения решения по вашей апелляции 2-го уровня.
- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей. Более подробные сведения о 3-м, 4-м и 5-м уровнях апелляционного процесса приведены в разделе 10 настоящей главы.

## Раздел 9.5 Если пропущены крайние сроки подачи апелляции 1-го уровня

### Вы можете подать апелляцию непосредственно нам

Как объяснялось выше, для начала процедуры вашей первой апелляции вы должны срочно связаться с Организацией повышения качества обслуживания (максимум в течение одного-двух дней). Если вы пропустите сроки обращения в эту организацию, вы можете подать свою апелляцию другим способом. Если вы подаете апелляцию другим способом, *первые два уровня апелляции будут отличаться*.

### Пошаговая инструкция: подача *альтернативной* апелляции 1-го уровня

| Юридический термин |
| --- |
| Другое название срочного пересмотра (или срочной апелляции) — **ускоренное рассмотрение апелляции**. |

### Шаг 1. Обратитесь к нам и попросите рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке.

- **Попросите рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке.** Это означает, что вы просите нас предоставить вам ответ не в стандартные, а в ускоренные сроки. Контактная информация представлена в главе 2.

### Шаг 2. Мы проводим срочный пересмотр принятого нами решения о дате прекращения покрытия предоставляемых вам услуг.

- Во время этого пересмотра мы еще раз проанализируем всю информацию по вашему делу. Мы проверим соблюдение нами всех правил при назначении даты окончания покрытия планом получаемых вами услуг.

### Шаг 3. Мы предоставим вам наше решение в течение 72 часов после вашего запроса на срочный пересмотр.

- **Если мы приходим к положительному решению по вашей апелляции,** это означает наше согласие с тем, что вы нуждаетесь в услугах дольше, и мы будем продолжать предоставлять вам покрываемые услуги до тех пор, пока это будет необходимо по медицинским показаниям. Это также означает, что мы согласны возместить вам нашу часть расходов на оплату лечения, которое вы получили с того дня, в который страховое покрытие должно было закончиться согласно нашему прежнему решению. (Вы должны оплатить свою часть расходов. На покрытие могут распространяться ограничения.)

- **Если мы даем отрицательный ответ по вашей апелляции,** ваше покрытие прекращается в установленную нами дату, и после этой даты мы не оплачиваем какую-либо долю расходов.
- Если вы продолжите получать услуги медицинского ухода на дому, обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода или центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) *после* установленной нами даты окончания покрытия, вам придется оплатить полную стоимость данного обслуживания.

### Шаг 4. Если мы даем отрицательный ответ по вашей срочной апелляции, ваш случай будет автоматически направлен на следующий уровень процедуры апелляции.

| Юридический термин |
| --- |
| Официальное название организации, выполняющей независимую экспертизу, — **независимая экспертная организация**. Иногда ее называют **«IRE».** |

### Пошаговая инструкция: подача *альтернативной* апелляции 2-го уровня

В ходе апелляции 2-го уровня **независимая экспертная организация** пересматривает решение, принятое нами по вашей срочной апелляции. Эта организация решает, должно ли быть изменено решение. **Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанятая Medicare.** Эта организация не связана с нашим планом и не является государственным органом. Эта организация представляет собой компанию, выбранную Medicare для осуществления работы в качестве организации, выполняющей независимую экспертизу. Контроль над ее работой осуществляет Medicare.

### Шаг 1. Ваш случай будет автоматически направлен нами в независимую экспертную организацию.

- Мы обязаны передать информацию по апелляции 2-го уровня в независимую экспертную организацию в течение 24 часов после уведомления об отклонения нами вашей первой апелляции. (Если вы считаете, что нами не был соблюден этот или другие сроки, вы можете подать жалобу. Порядок подачи жалоб описан в разделе 11 настоящей главы.)

### Шаг 2. Независимая экспертная организация выполнит срочный пересмотр вашей апелляции. Специалисты предоставят вам ответ в течение 72 часов.

- Специалисты независимой экспертной организации внимательно изучают всю информацию, касающуюся вашей апелляции.

- **Если эта организация даст *положительный ответ* по вашей апелляции,** мы должны будем оплатить вам нашу часть расходов на обслуживание, полученное вами с установленной нами даты окончания покрытия. Мы также обязаны продолжить предоставлять покрытие вашего обслуживания в течение всего периода, пока оно будет необходимо вам по медицинским показаниям. Вы обязаны и далее оплачивать свою долю расходов. Если существуют ограничения на покрытие, они могут ограничивать размер возмещения расходов или продолжительность покрытия ваших услуг.
- **Если эта организация выносит *отрицательное решение* по вашей апелляции,** это означает, что она согласна с решением, принятым нашим планом по вашей первой апелляции, и не будет его менять.
- В уведомлении, которое вы получите от независимой экспертной организации, будут в письменной форме представлены действия, которые необходимо предпринять, если вы хотите подать апелляцию 3-го уровня.

**Шаг 3. В случае отклонения независимой экспертной организацией вашей апелляции вы должны решить, желаете ли вы продолжить апелляционный процесс.**

- После 2-го уровня предусмотрено еще три дополнительных уровня апелляционного процесса (всего их пять). Если вы решите подать апелляцию 3-го уровня, порядок этой процедуры подробно описан в письменном уведомлении, полученном вами после получения решения по вашей апелляции 2-го уровня.
- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей. Более подробные сведения о 3-м, 4-м и 5-м уровнях апелляционного процесса приведены в разделе 10 настоящей главы.

## РАЗДЕЛ 10 Подача апелляции уровня 3 и выше

### Раздел 10.1 Апелляции 3-го, 4-го и 5-го уровня в отношении запросов медицинских услуг

Этот раздел может быть вам полезен, если вы уже подавали апелляции 1-го и 2-го уровня и обе эти апелляции были отклонены.

Если стоимость (в долларовом выражении) товара или медицинского обслуживания, по поводу которых подавалась апелляция, достигает определенного минимально необходимого уровня, вы можете подавать апелляции дальнейших уровней. Если стоимость в долларовом выражении меньше минимально необходимого уровня, вы не сможете больше подавать апелляции. В письменном ответе на вашу апелляцию 2-го уровня разъясняется, как подавать апелляцию 3-го уровня.

В большинстве ситуаций порядок подачи апелляций, относящихся к последним трем уровням, практически аналогичен. Ниже приведена информация о том, кто занимается рассмотрением вашей апелляции на каждом из этих уровней.

| | |
|---|---|
| **Апелляция 3-го уровня** | **Судья по административным делам или уполномоченный третейский судья, работающий на федеральное правительство,** рассмотрят вашу апелляцию и дадут вам ответ. |

- **Если судья по административным делам или уполномоченный третейский судья примет положительное решение по вашей апелляции, процедура апелляции *может быть завершена или не завершена***. Мы имеем право обжаловать решение, принятое в вашу пользу на 3-м уровне, но не решение, принятое на 2-м уровне. Если мы решим обжаловать решение, мы направим запрос на апелляцию 4-го уровня.
  - Если мы решим не подавать апелляцию, мы должны будем разрешить предоставление обслуживания или предоставить его вам в течение 60 календарных дней после получения решения судьи по административным делам или уполномоченного третейского судьи.
  - Если мы примем решение подать апелляцию по поводу решения, мы направим копию запроса на апелляцию 4-го уровня вместе со всеми сопутствующими документами. Мы можем дождаться решения по апелляции 4-го уровня, прежде чем одобрять или предоставлять спорную медицинскую услугу.
- **Если судья по административным делам или уполномоченный третейский судья отклонят вашу апелляцию, процедура апелляции может быть *завершена* или *не завершена*.**
  - Если вы решите согласиться с решением об отклонении вашего запроса, апелляционный процесс завершается.
  - Если вы не хотите соглашаться с решением, вы можете перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

| | |
|---|---|
| **Апелляция 4-го уровня** | **Апелляционный совет Medicare** (Совет) рассмотрит вашу апелляцию и предоставит вам ответ. Совет входит в состав федерального правительства**.** |

- **При положительном ответе или если Совет отклонит наш запрос на рассмотрение принятого в вашу пользу решения по апелляции 3-го уровня, процедура апелляции может быть *завершена* или *не завершена*.** Мы имеем право обжаловать решение, принятое в вашу пользу на 4-м уровне, но не решение, принятое на 2-м уровне. Мы решим, следует ли обжаловать это решение на 5-м уровне.

- Если мы решим не подавать апелляцию по поводу решения, мы должны будем разрешить предоставление обслуживания или предоставить его вам в течение 60 календарных дней после получения решения Совета.
- Если мы решим подать апелляцию по поводу решения, мы сообщим вам об этом в письменной форме.

- **В случае отрицательного ответа или если Совет отклонит запрос на рассмотрение, процедура апелляции может быть *завершена* или *не завершена*.**
  - Если вы решите согласиться с решением об отклонении вашего запроса, апелляционный процесс завершается.
  - Если вы не хотите соглашаться с решением, вы можете перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. Если Совет вынесет отрицательное решение по вашей апелляции, в полученном вами уведомлении будет указано, можно ли подать апелляцию 5-го уровня и как продолжить апелляционный процесс на 5-м уровне.

| | |
|---|---|
| **Апелляция 5-го уровня** | Ваша апелляция будет рассмотрена судьей **Федерального окружного суда**. |

- Судья рассмотрит всю информацию и предоставит *положительный* или *отрицательный* ответ по вашему запросу. Это окончательное решение. Федеральный окружной суд является последним уровнем подачи апелляции.

## Раздел 10.2 Апелляции 3-го, 4-го и 5-го уровней в отношении запросов лекарственных препаратов по программе Part D

Этот раздел может быть вам полезен, если вы уже подавали апелляции 1-го и 2-го уровня и обе эти апелляции были отклонены.

Если стоимость лекарства, по поводу которого подавалась апелляция, достигает определенной суммы в долларах, вы можете подавать апелляции дальнейших уровней. Если стоимость в долларах окажется меньше, вы не сможете больше подавать апелляции. В письменном ответе на вашу апелляцию 2-го уровня разъясняется, к кому следует обращаться и как подавать апелляцию 3-го уровня.

В большинстве ситуаций порядок подачи апелляций, относящихся к последним трем уровням, практически аналогичен. Ниже приведена информация о том, кто занимается рассмотрением вашей апелляции на каждом из этих уровней.

| | |
|---|---|
| **Апелляция 3-го уровня** | **Судья по административным делам или уполномоченный третейский судья, работающий на федеральное** правительство, рассмотрят вашу апелляцию и дадут вам ответ. |

- **В случае положительного ответа апелляционный процесс завершается.** Мы обязуемся **одобрить или предоставить страховое покрытие расходов на лекарственные препараты**, которое было одобрено судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей, **в течение 72 часов (или 24 часов в случае ускоренного рассмотрения апелляции) либо совершить оплату в течение 30 календарных дней** после получения решения.
- **В случае отрицательного ответа процедура апелляции может быть *завершена* или *не завершена*.**
  - Если вы решите согласиться с решением об отклонении вашего запроса, апелляционный процесс завершается.
  - Если вы не хотите соглашаться с решением, вы можете перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

| | |
|---|---|
| **Апелляция 4-го уровня** | **Апелляционный совет Medicare** (Совет) рассмотрит вашу апелляцию и предоставит вам ответ. Совет входит в состав федерального правительства. |

- **В случае положительного ответа апелляционный процесс завершается.** Мы обязуемся **одобрить или предоставить страховое покрытие расходов на лекарственные препараты**, которое было одобрено Советом, **в течение 72 часов (или 24 часов в случае ускоренного рассмотрения апелляции) либо совершить оплату в течение 30 календарных дней** после получения решения.
- **В случае отрицательного ответа процедура апелляции может быть *завершена* или *не завершена*.**
  - Если вы решите согласиться с решением об отклонении вашего запроса, апелляционный процесс завершается.
  - Если вы не хотите соглашаться с решением, вы можете перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. Если Совет дает отрицательный ответ по вашей апелляции или отклоняет ваш запрос на пересмотр решения, из присланного вам уведомления вы узнаете о наличии у вас возможности перейти на 5-й уровень апелляционного процесса согласно установленным правилам. Там также будет указано, к кому следует обращаться и как действовать дальше, если вы решили продолжить апелляционный процесс.

| | |
|---|---|
| **Апелляция 5-го уровня** | Ваша апелляция будет рассмотрена судьей **Федерального окружного суда**. |

- Судья рассмотрит всю информацию и предоставит *положительный* или *отрицательный* ответ по вашему запросу. Это окончательное решение. Федеральный окружной суд является последним уровнем подачи апелляции.

## РАЗДЕЛ 11 Порядок подачи жалобы на качество услуг, время ожидания, работу отдела обслуживания клиентов или по другим вопросам

### Раздел 11.1 Какие типы проблем рассматриваются посредством процедуры подачи жалоб?

Жалобы подаются *только* в отношении определенных видов проблем. Сюда относятся проблемы, связанные с качеством медицинского обслуживания, временем ожидания и предоставляемым вам клиентским обслуживанием. Ниже приведены примеры видов проблем, регулируемых при помощи процедуры подачи жалоб.

| Жалоба | Пример |
|---|---|
| **Качество медицинского обслуживания** | • Вас не устраивает качество предоставленного вам медицинского обслуживания (включая больничные услуги)? |
| **Соблюдение конфиденциальности** | • Кто-то не уважал ваше право на неприкосновенность частной жизни или раскрыл конфиденциальную информацию? |
| **Неуважительное отношение, низкое качество клиентского обслуживания или другие виды нежелательного обращения** | • Кто-то вел себя грубо или неуважительно по отношению к вам?<br>• Вы не удовлетворены качеством работы отдела обслуживания участников плана?<br>• Вы считаете, что вас побуждают выйти из плана страхования? |

| Жалоба | Пример |
|---|---|
| **Время ожидания** | • Вы испытываете проблемы с попаданием на прием или слишком длительным его ожиданием?<br>• Время ожидания врача, фармацевта или другого медицинского работника было слишком долгим? Или, может быть, вы долго ждали ответа нашего отдела обслуживания участников плана или каких-либо других сотрудников, обслуживающих план страхования?<br>○ Сюда относится слишком долгое ожидание при разговоре по телефону, в приемной или процедурной, а также при выдаче препарата по рецепту. |
| **Чистота** | • Вы не удовлетворены уровнем чистоты или состоянием клиники, больницы или кабинета врача? |
| **Предоставляемая нами информация** | • Мы не выдали вам требуемое уведомление?<br>• Предоставленную нами информацию в письменном виде сложно понять? |
| **Своевременность**<br>Все жалобы этого типа должны быть связаны со своевременностью наших действий в отношении решений о покрытии и апелляций | Если вы запросили у нас решение о покрытии или подали апелляцию, и при этом вы считаете, что мы слишком долго не даем вам ответ, вы можете подать жалобу по поводу нашей медлительности. Приведем примеры.<br>• Вы можете подать жалобу, если вы попросили принять срочное решение о страховом покрытии или срочно рассмотреть апелляцию, но мы ответили отказом.<br>• Вы можете подать жалобу, если считаете, что мы не уложились в сроки при предоставлении вам решения о покрытии или ответа на апелляцию.<br>• Вы можете подать жалобу, если считаете, что мы не уложились в сроки при предоставлении вам покрытия или возмещении вам стоимости конкретных медицинских товаров, услуг или лекарственных препаратов, которые были одобрены.<br>• Вы можете подать жалобу, если считаете, что мы не уложились в установленные сроки при направлении вашего дела независимой экспертной организации. |

## Раздел 11.2 Порядок подачи жалобы

| Юридические термины |
| --- |
| • Другое название **жалобы — претензия**.<br>• Другое название для **подачи жалобы — предъявление претензии**.<br>• Другое название **процедуры подачи жалобы — процедура предъявления претензии**.<br>• Другое название **срочной жалобы — срочная претензия**. |

## Раздел 11.3 Пошаговая инструкция: подача жалобы

**<u>Шаг 1.</u> Немедленно свяжитесь с нами по телефону или в письменной форме.**

- **Как правило, первым делом следует позвонить в отдел обслуживания участников плана.** Если необходимо будет предпринять какие-либо дополнительные действия, отдел обслуживания участников плана сообщит вам об этом.
- **Если вы не хотите звонить (или вы уже позвонили, но это оказалось недостаточным), вы можете составить жалобу в письменном виде и отправить ее нам.** Если вы составите жалобу в письменном виде, мы ответим на нее в письменном виде.
- **Если мы не можем разрешить вашу жалобу по телефону, у нас предусмотрена официальная процедура рассмотрения вашей жалобы. Мы называем ее процедурой рассмотрения претензии**. Для подачи жалобы, а также в случае возникновения вопросов по процедуре позвоните в отдел обслуживания участников плана. Или же вы можете направить нам письменный запрос по адресу, указанному в разделе *Подача жалоб в отношении медицинского обслуживания* или *Подача жалоб в отношении рецептурных лекарственных препаратов по программе Part D* в главе 2 настоящего документа.
    - Если вы запрашиваете письменный ответ, подаете жалобу (претензию) в письменном виде либо ваша жалоба связана с качеством медицинского обслуживания, мы предоставим вам ответ в письменном виде.
    - Жалобу необходимо подать в течение 60 календарных дней после события. Вы можете официально отправить жалобу в письменном виде по адресу, указанному в разделе «Подача жалоб в отношении медицинского обслуживания» или «Подача жалоб в отношении рецептурных лекарственных препаратов по программе Part D» в главе 2 настоящего документа.

- Мы должны уведомить вас о своем решении по вашей жалобе так быстро, как этого требует состояние вашего здоровья, но не позднее 30 календарных дней с момента получения вашей жалобы. Мы можем продлить этот срок на 14 календарных дней, если вы попросите об этом или если мы обоснуем необходимость получения дополнительной информации, а продление срока будет отвечать вашим интересам.
- В некоторых случаях вы имеете право просить об ускоренном рассмотрении вашей жалобы. Эта процедура называется ускоренным рассмотрением претензии. Вы имеете право на ускоренное рассмотрение жалобы, если вы не согласны с нашим решением в одной из следующих ситуаций:
  - Мы ответили отказом на просьбу об ускоренном рассмотрении запроса на медицинское обслуживание или лекарство по программе Part D.
  - Мы ответили отказом на запрос об ускоренном рассмотрении апелляции по поводу отказа в покрытии медицинского обслуживания или лекарства по программе Part D.
  - Мы решили, что нам требуется дополнительное время для рассмотрения вашего запроса на медицинское обслуживание.
  - Мы решили, что нам требуется дополнительное время для рассмотрения вашей апелляции по поводу отказа в покрытии медицинского обслуживания.

- Вы можете подать такую жалобу по телефону, позвонив в отдел обслуживания участников плана. Вы также можете отправить жалобу в письменном виде по адресу, указанному в разделе *Подача жалоб в отношении медицинского обслуживания* или *Подача жалоб в отношении рецептурных лекарственных препаратов по программе Part D* в главе 2 настоящего документа. После получения ускоренной жалобы практикующий медицинский специалист рассмотрит дело, чтобы определить причины отказа в удовлетворении вашего запроса на ускоренное рассмотрение или целесообразность продления срока рассмотрения дела. Мы сообщим вам о решении по ускоренному делу устно и письменно в течение 24 часов после получения вашей жалобы.
- **Срок подачи** жалобы составляет 60 календарных дней с момента возникновения проблемы, на которую вы хотите пожаловаться.

### Шаг 2. Мы рассматриваем вашу жалобу и даем ответ.

- **При возможности мы ответим вам незамедлительно.** Если вы обращаетесь к нам с жалобой по телефону, мы можем дать ответ в течение разговора.

- **В большинстве случаев мы отвечаем на жалобу в течение 30 календарных дней.** Если вы запросите продление или если нам потребуется дополнительная информация и при этом задержка будет наилучшим образом соответствовать вашим интересам: в этих случаях крайний срок ответа на вашу претензию может быть продлен на дополнительные 14 календарных дней (всего 44 календарных дня). Мы сообщим вам в письменной форме, если решим продлить срок принятия решения.
- **Если вы подаете жалобу в связи с отклонением вашего запроса на предоставление срочного решения о страховом покрытии или срочное рассмотрение апелляции, мы автоматически рассматриваем вашу жалобу как срочную.** В случае подачи срочной жалобы мы предоставим **вам ответ в течение 24 часов.**
- **Если мы не согласимся** с вашей жалобой частично или полностью или не возьмем на себя ответственность за проблему, на которую вы жалуетесь, то мы укажем причины в нашем ответе.

## Раздел 11.4 Вы также можете подать жалобу на качество медицинского обслуживания в Организацию повышения качества обслуживания

Если ваша жалоба касается *качества медицинского обслуживания*, у вас есть два дополнительных варианта:

- **Вы можете подать жалобу напрямую в Организацию повышения качества обслуживания.** Организация повышения качества обслуживания — это группа врачей и других специалистов в сфере здравоохранения, финансируемая федеральным правительством и занимающаяся проверкой качества обслуживания пациентов в рамках Medicare и повышением качества работы. Контактная информация представлена в главе 2.

*Или*

- **Вы можете одновременно подать жалобу в Организацию повышения качества обслуживания и в наш план.**

## Раздел 11.5 Вы также можете передать свою жалобу программе Medicare

Вы можете направить жалобу на наш план страхования напрямую в программу Medicare. Для этого перейдите по ссылке: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Кроме того, вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY/TDD набирайте 1-877-486-2048.

# ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С УСЛУГАМИ ПО ПРОГРАММЕ MEDICAID

## РАЗДЕЛ 12 Решение проблем, связанных с услугами по программе Medicaid

Если вы считаете, что вам было неправомерно отказано в предоставлении услуги или оплате услуги, покрываемой программой Medicaid, вы имеете право обжаловать наше решение в Medicaid. Чтобы подать претензию (жалобу) или апелляцию по поводу услуги Medicaid, обратитесь в Medicaid. Контактную информацию см. в разделе 6 главы 2.

# ГЛАВА 10.

## *Прекращение участия в плане страхования*

# РАЗДЕЛ 1 Основные сведения о прекращении вашего участия в нашем плане страхования

Прекращение вашего участия в плане Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) может быть **добровольным** (по вашему желанию) или **принудительным** (не по вашему желанию):

- Вы можете выйти из нашего плана страхования, если приняли решение о том, что *хотите* этого. Информация о добровольном выходе из плана страхования представлена в разделах 2 и 3.
- В некоторых ситуациях нам придется прекратить ваше участие в плане страхования даже несмотря на то, что вы не принимали решения выйти из плана страхования. В разделе 5 описаны ситуации, в которых мы будем вынуждены прекратить ваше участие в плане страхования.

Если вы выходите из нашего плана, наш план должен продолжать предоставлять вам медицинское обслуживание и лекарства по рецепту, а вы будете продолжать оплачивать свою долю участия в расходах до окончания вашего участия в плане.

# РАЗДЕЛ 2 Когда вы можете выйти из нашего плана страхования?

## Раздел 2.1 Вы можете выйти из плана страхования, поскольку участвуете в программах Medicare и Medicaid

Большинство участников программы Medicare могут прекратить участие в плане страхования только в определенные периоды года. Поскольку вы участвуете в программе Medicaid, вы можете выйти из нашего плана страхования или перейти на другой план однократно в течение каждого из указанных особых периодов регистрации:

- с января по март
- с апреля по июнь
- с июля по сентябрь

Если вы присоединились к нашему плану в один из этих периодов, то вам придется дождаться следующего периода, чтобы прекратить свое участие или перейти на другой план. Вы не можете использовать этот особый период регистрации, чтобы выйти из нашего плана страхования с октября по декабрь. Вместе с тем все участники программы Medicare могут вносить требующиеся изменения в течение ежегодного периода регистрации с 15 октября по 7 декабря. В разделе 2.2 приведена подробная информация о ежегодном периоде регистрации.

- Выберите любой из следующих типов планов Medicare:
  - Другой план медицинского страхования Medicare, предусматривающий или не предусматривающий страховое покрытие рецептурных препаратов
  - Original Medicare с участием в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов
  - Original Medicare без участия в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов
    - Если вы выберете этот вариант, Medicare может зарегистрировать вас в плане с покрытием лекарственных препаратов, если только вы не отказались от автоматической регистрации.

  **Примечание.** Если вы отказываетесь от страхового покрытия расходов на рецептурные лекарственные препараты по программе Medicare и остаетесь без надежного страхового покрытия расходов на рецептурные препараты непрерывно в течение 63 дней или более, возможно, вам придется выплачивать надбавку за позднюю регистрацию в рамках программы Part D в случае последующей регистрации в плане Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты.
  Обратитесь в управление Medicaid штата, чтобы узнать о возможностях, доступных по вашему плану Medicaid (номера телефонов приведены в разделе 6 главы 2 настоящего документа).

- **Когда будет прекращено ваше участие в плане страхования?** Ваше участие обычно прекращается в первый день месяца после получения вашего запроса о смене плана. В этот же день вступит в силу ваша регистрация в новом плане страхования.

## Раздел 2.2 Вы можете выйти из плана страхования в течение ежегодного периода регистрации

Вы можете выйти из плана страхования в течение **ежегодного периода регистрации** (другое название — ежегодный открытый период регистрации). В это время вы можете пересмотреть свое страховое покрытие медицинских услуг и лекарств и принять решение о страховом покрытии на следующий год.

- **Ежегодный период регистрации** действует **с 15 октября по 7 декабря.**
- **Вам следует решить, будете ли вы сохранять свое текущее страховое покрытие или менять страховое покрытие на следующий год**. Если вы приняли решение поменять план страхования на новый, вы можете выбрать любой из следующих типов планов:
  - Другой план медицинского страхования Medicare, предусматривающий или не предусматривающий страховое покрытие рецептурных препаратов.

- Original Medicare с участием в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов

*ИЛИ*

- Original Medicare без участия в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов.

- **Ваше участие в нашем плане страхования завершится** 1 января, когда вступит в силу ваше страховое покрытие по новому плану.

**Если ваши рецептурные лекарственные препараты оплачиваются в рамках программы «Extra Help»:** если вы переходите в программу Original Medicare и при этом не регистрируетесь в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов, программа Medicare может включить вас в такой план самостоятельно, если только вы не отказались от автоматической регистрации в таком плане.

**Примечание.** Если вы отказываетесь от страхового покрытия расходов на рецептурные лекарственные препараты по программе Medicare и остаетесь без надежного страхового покрытия расходов на рецептурные препараты в течение 63 дней подряд или более, возможно, вам придется выплачивать надбавку за позднюю регистрацию в рамках программы Part D в случае последующей регистрации в плане Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты.

## Раздел 2.3 Вы можете выйти из плана страхования в течение открытого периода регистрации в Medicare Advantage

В **открытый период регистрации на участие в программе Medicare Advantage** у вас есть возможность внести *одно* изменение в свою медицинскую страховку.

- **Ежегодный открытый период регистрации Medicare Advantage** действует с 1 января по 31 марта.
- **В ходе ежегодного открытого периода регистрации на участие в программе Medicare Advantage** вы можете:
  - Перейти на другой план Medicare Advantage с покрытием рецептурных лекарственных препаратов или без него.
  - Выйти из нашего плана страхования и получить страховое покрытие по программе Original Medicare. Если вы решите перейти на программу Original Medicare в течение этого периода, одновременно с этим вы также можете присоединиться к отдельному плану Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты.
- **Ваше участие в программе закончится** в первый день месяца после того, как вы перейдете в другой план Medicare Advantage или мы получим ваше заявление о переходе в Original Medicare. Если вы также выбрали регистрацию в плане Medicare

с покрытием рецептурных лекарственных препаратов, то ваше участие в плане страхования с покрытием лекарственных препаратов вступит в силу в первый день следующего месяца после получения вашего запроса на регистрацию в этом плане страхования.

## Раздел 2.4 При определенных обстоятельствах вы можете выйти из плана страхования в течение особого периода регистрации

При определенных обстоятельствах вы можете выйти из плана страхования в другие периоды в течение года. Это называется **особым периодом регистрации**.

**Вы можете иметь право прекратить свое участие в плане в течение особого периода регистрации**, если вы соответствуете каким-либо из перечисленных ниже условий. Эти условия приведены лишь в качестве примера. Полный список условий вы можете узнать, обратившись в компанию, обслуживающую ваш план страхования, позвонив в представительство программы Medicare или посетив веб-сайт Medicare (www.medicare.gov):

- При переезде (в большинстве случаев).
- Если вы являетесь участником программы California Medi-Cal (Medicaid).
- Если вы имеете право участвовать в программе «Extra Help», помогающей платить за рецептурные препараты в рамках Medicare.
- Если мы нарушим заключенный с вами договор.
- Если вы получаете медицинское обслуживание в таких учреждениях, как центр сестринского ухода или учреждение долгосрочного медицинского ухода (LTC).
- Если вы зарегистрировались в Программе комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей (PACE).
- **Примечание.** Возможно, вы не сможете сменить план, если являетесь участником программы контроля приема лекарств. Подробную информацию о программах контроля приема лекарств см. в разделе 10 главы 5.
- **Примечание.** В разделе 2.1 приведена подробная информация об особом периоде регистрации для участников программы Medicaid.

**Сроки периодов регистрации зависят от вашей конкретной ситуации.**

**Чтобы узнать, имеете ли вы право на особый период регистрации,** позвоните в представительство программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. Если вы имеете право на выход из плана страхования ввиду особых обстоятельств, то вы можете поменять одновременно и свое страховое покрытие медицинского обслуживания, и страховое покрытие рецептурных лекарственных препаратов в рамках Medicare. Вы можете выбрать:

- Другой план медицинского страхования Medicare, предусматривающий или не предусматривающий страховое покрытие рецептурных препаратов.
- Original Medicare *с участием* в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов
- -*или*- Original Medicare без участия в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов.

  **Примечание.** Если вы отказываетесь от страхового покрытия расходов на рецептурные лекарственные препараты по программе Medicare и остаетесь без надежного страхового покрытия расходов на рецептурные препараты в течение 63 дней подряд или более, возможно, вам придется выплачивать надбавку за позднюю регистрацию в рамках программы Part D в случае последующей регистрации в плане Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты.

**Если ваши рецептурные лекарственные препараты оплачиваются в рамках программы «Extra Help»:** если вы переходите в программу Original Medicare и при этом не регистрируетесь в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов, программа Medicare может включить вас в такой план самостоятельно, если только вы не отказались от автоматической регистрации в таком плане.

После получения вашего запроса на смену плана страхования, **как правило, ваше участие в плане будет прекращено** в первый день следующего месяца.

**Примечание.** Подробную информацию об особом периоде регистрации для участников программы Medicaid и «Extra Help» см. в разделах 2.1 и 2.2.

## Раздел 2.5 Где вы можете получить дополнительную информацию о том, когда может быть прекращено ваше участие?

Если у вас возникли вопросы по поводу прекращения участия в плане страхования, вы можете:

- **Позвонить в отдел обслуживания участников плана.**
- Найти информацию в справочнике *Medicare & You 2024*.
- Обратиться в представительство программы **Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. (TTY: 1-877-486-2048).

## РАЗДЕЛ 3 Порядок прекращения участия в нашем плане страхования

В таблице ниже объясняется, каким образом вы можете завершить участие в нашем плане страхования.

| Если вы хотите перейти из нашего плана в: | Вам следует сделать следующее: |
|---|---|
| • Другой план медицинского страхования Medicare | • Зарегистрироваться в новом плане страхования Medicare. Ваше новое покрытие начнется в первый день следующего месяца.<br>• Вы будете автоматически исключены из плана Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), когда вступит в силу страховое покрытие по вашему новому плану. |
| • Original Medicare *с участием* в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов | • Зарегистрироваться в новом плане с покрытием рецептурных лекарственных препаратов в рамках Medicare. Ваше новое покрытие начнется в первый день следующего месяца.<br>• Вы будете автоматически исключены из плана Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), когда вступит в силу страховое покрытие по вашему новому плану. |

| Если вы хотите перейти из нашего плана в: | Вам следует сделать следующее: |
|---|---|
| • Original Medicare *без участия* в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов<br>○ Если вы переходите в программу Original Medicare и при этом не регистрируетесь в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов, программа Medicare может включить вас в такой план самостоятельно, если только вы не отказались от автоматической регистрации в таком плане.<br>○ Если вы отказываетесь от страхового покрытия расходов на рецептурные лекарственные препараты по программе Medicare и остаетесь без надежного страхового покрытия расходов на рецептурные препараты в течение 63 дней подряд или более, возможно, вам придется выплачивать надбавку за позднюю регистрацию в случае последующей регистрации в плане Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты. | • **Отправить нам письменный запрос на исключение из нашего плана страхования.**<br>Обратитесь в отдел обслуживания участников плана, если вам нужна дополнительная информация об этой процедуре.<br>• Вы также можете обратиться в программу **Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных, чтобы попросить об исключении из плана страхования. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.<br>• Вы будете исключены из плана Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), когда вступит в силу страховое покрытие по программе Original Medicare. |

**Примечание.** Если вы отказываетесь от страхового покрытия расходов на рецептурные лекарственные препараты по программе Medicare и остаетесь без надежного страхового покрытия расходов на рецептурные препараты в течение 63 дней подряд или более, возможно, вам придется выплачивать надбавку за позднюю регистрацию в рамках программы Part D в случае последующей регистрации в плане Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты.

С вопросами о страховом покрытии в рамках California Medi-Cal (Medicaid) обращайтесь в представительство программы California Medi-Cal (Medicaid) по номеру 1-800-541-5555, TTY: 1-800-430-7077, с 8 a.m. до 5 p.m. PT, с понедельника по пятницу. Узнайте, как вступление в другой план страхования или возвращение в программу Original Medicare влияет на получение вами страхового покрытия в рамках California Medi-Cal (Medicaid).

## РАЗДЕЛ 4 Вы должны продолжать получать медицинские товары, услуги и лекарства через наш план страхования до тех пор, пока не выйдете из него

Пока не закончится срок вашего участия в плане страхования и не начнет действовать покрытие по программе Medicare и Medicaid, вы должны продолжать получать медицинские товары, услуги и лекарства по рецепту через наш план.

- **Продолжайте пользоваться услугами поставщиков нашей сети для получения медицинской помощи.**
- **Продолжайте получать рецептурные лекарственные препараты в сетевых аптеках *или аптеках с возможностью заказа по почте.***
- **Если вы будете госпитализированы в день прекращения вашего участия в плане страхования, то ваше пребывание в больнице до даты выписки будет покрываться нашим планом** (даже если вы будете выписаны уже после того, как ваше новое страховое покрытие медицинского обслуживания вступит в силу).

## РАЗДЕЛ 5 В определенных ситуациях правила плана страхования требуют прекращения вашего участия в нем

### Раздел 5.1 В каких случаях мы должны прекратить ваше участие в плане?

**Нам придется прекратить ваше участие в плане в следующих случаях:**

- Вы больше являетесь участником программы Medicare Part A и Part B.
- Вы больше не имеете права на участие в программе Medicaid. Как указано в разделе 2.1 главы 1, наш план предназначен для лиц, имеющих право на участие в программах Medicare и Medicaid. Если вы больше не отвечаете особым критериям соответствия условиям нашего плана, ваше участие в нем прекратится через

шесть месяцев. Вы получите от нас уведомление об окончании вашего участия и доступных вам вариантах. Если у вас возникли вопросы относительно вашего права на участие в программе, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

  - Период, когда вы считаетесь все еще имеющими право на участие в плане страхования, составляет шесть месяцев. Период, когда вы считаетесь все еще имеющими право на участие в плане страхования, начинается в первый день месяца, следующего за месяцем, в котором вы потеряли статус человека с особыми потребностями.

- Вы переезжаете из нашей зоны обслуживания.
- Вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания на протяжении более шести месяцев.
  - Если вы переезжаете или надолго уезжаете, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана и выясните, находится ли то место, куда вы едете, в нашей зоне обслуживания.
- Вас лишают свободы (вы получаете срок тюремного заключения).
- Вы больше не являетесь гражданином США или пребываете на территории США на незаконных основаниях.
- Вы предоставили недостоверную информацию или скрыли информацию о другой программе страхования, предусматривающей покрытие расходов на рецептурные препараты, участником которой вы являетесь.
- Если вы обязаны уплачивать дополнительную сумму по программе Part D в связи с вашим доходом, но не делаете этого, ваше участие в нашем плане будет прекращено по инициативе Medicare.

### Где вы можете получить дополнительную информацию?

Если у вас возникли вопросы или вы хотите получить дополнительную информацию о том, в каких случаях мы можем прекратить ваше участие, позвоните в отдел обслуживания участников плана.

## Раздел 5.2 Мы не можем требовать, чтобы вы вышли из нашего плана страхования по любой связанной с состоянием здоровья причине

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) не разрешается просить вас выйти из плана по причинам, связанным с состоянием вашего здоровья.

### Что делать, если это произошло?

Если вы считаете, что вас просят выйти из плана по причине, связанной с состоянием вашего здоровья, позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), доступному круглосуточно и без выходных (TTY: 1-877-486-2048).

## Раздел 5.3 Вы имеете право подать жалобу, если мы прекратим ваше участие в плане

Если мы прекращаем ваше участие в нашем плане страхования, мы должны в письменном виде сообщить вам причины этого решения. Кроме того, мы должны разъяснить вам порядок подачи жалобы или претензии в связи с нашим решением о прекращении вашего участия.

# ГЛАВА 11.

## *Предусмотренные законом уведомления*

## РАЗДЕЛ 1 Уведомление о регулирующем законодательстве

Основной закон, применяющийся в отношении настоящего *Документа об объеме страховой ответственности страховщика,* — глава XVIII Закона о социальном обеспечении, а также нормативно-правовые акты, подготовленные согласно Закону о социальном обеспечении Центрами предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS). Кроме того, могут применяться другие федеральные законы и при определенных обстоятельствах законы штата, в котором вы проживаете. Эти законы могут влиять на ваши права и обязанности, даже если они не упоминаются или не разъясняются в настоящем документе.

## РАЗДЕЛ 2 Уведомление о недопущении дискриминации

Наш план медицинского страхования соблюдает требования федерального законодательства о гражданских правах. **Мы не допускаем дискриминации** на основании расовой принадлежности, этнической принадлежности, национального происхождения, цвета кожи, вероисповедания, гендера, возраста, сексуальной ориентации, ограниченных возможностей вследствие психических или физических нарушений, состояния здоровья, поданных ранее страховых требований, истории болезни, генетической информации, доказательства страховой приемлемости или географического местонахождения в пределах зоны обслуживания. Все организации, предлагающие планы Medicare Advantage, аналогичные нашему плану, должны соблюдать федеральные законы о предотвращении дискриминации, в том числе главу VI Закона о гражданских правах 1964 года, Закон о реабилитации людей с ограниченными возможностями 1973 года, Закон о дискриминации по возрасту 1975 года, Закон о защите прав граждан США с ограниченными возможностями, раздел 1557 Закона о доступном медицинском обслуживании и все другие законы, регламентирующие деятельность организаций, которые получают финансирование из федерального бюджета, а также все другие законы и нормативные акты, применимые по иным основаниям.

Если вам нужна дополнительная информация или у вас возникли опасения по поводу дискриминации или несправедливого обращения, позвоните в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб по номеру 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) или в местное отделение Управления по гражданским правам. Вы также можете ознакомиться с информацией, предоставленной Управлением по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб по адресу http://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Если в связи с ограниченностью ваших физических возможностей вам при получении обслуживания требуется помощь, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. Если вы хотите пожаловаться, например, на проблему с доступом в медицинское учреждение для лиц, использующих инвалидные коляски, отдел обслуживания участников плана может вам помочь.

## РАЗДЕЛ 3 Уведомление о правах вторичного плательщика Medicare на суброгацию

Мы имеем право и обязаны взимать плату за услуги, покрываемые Medicare, в отношении которых Medicare не является основным плательщиком. В соответствии с правилами CMS, включенными в разделы 422.108 и 423.462 главы 42 CFR, наш план как компания, финансирующая план Medicare Advantage, осуществляет такие же права взыскания, которые осуществляет Секретарь согласно правилам CMS, предусмотренным в подпунктах B–D части 411 главы 42 CFR, при этом правила, предусмотренные данным разделом, заменяют собой любые законы штата.

## РАЗДЕЛ 4 Возмещение расходов на услуги, оплаченных нашим планом в рамках плана Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

### При получении травмы

Если вы получили травму, заболевание или состояние в результате действий другого лица, компании или вас самих («ответственная сторона»), наш план обеспечит выплаты за покрываемые услуги, которые вы получите.

Однако если вы получаете денежную компенсацию или имеете право на получение компенсации в связи с вашей травмой, заболеванием или состоянием, будь то в результате урегулирования, судебного решения или любой другой выплаты, связанной с вашей травмой, болезнью или состоянием, наш план и/или поставщики услуг сохраняют право на возмещение стоимости любых услуг, предоставленных вам в рамках данного плана, в соответствии с действующим законодательством штата.

В настоящем положении термин «ответственная сторона» означает любое физическое или юридическое лицо, фактически или потенциально ответственное за вашу травму, заболевание или состояние. Термин «ответственная сторона» включает страховщика ответственности или другого страховщика ответственного лица или организации.

К примерам ситуаций, когда вы можете получить травму, заболевание или состояние в результате действий ответственной стороны, относятся, в том числе, следующие:

- Вы попали в автомобильную аварию
- Вы поскользнулись и упали в магазине или
- Вы подверглись воздействию опасного химического вещества на рабочем месте

Право нашего плана на возмещение распространяется на все суммы, полученные вами от ответственной стороны, включая следующие:

- Выплаты, произведенные третьей стороной или любой страховой компанией от имени третьей стороны
- Страхование незастрахованного/недостаточно застрахованного автомобилиста
- Страхование от личного ущерба, страхование «без вины» или любое другое страхование первой стороны
- Страхование от несчастного случая на рабочем месте или выплаты по инвалидности
- Страховое покрытие медицинских расходов в рамках любого полиса автомобильного страхования, страхования помещений или недвижимости или расширенного страхования
- Любое соглашение или судебное решение, полученное в результате судебного процесса или другого судебного разбирательства
- Любые другие выплаты из любого другого источника, полученные в качестве компенсации за действия или бездействие ответственного лица

Соглашаясь на получение страхового покрытия по данному плану, вы соглашаетесь с тем, что наш план имеет первоочередное право на суброгацию и возмещение расходов, которое возникает в том случае, если данный план оплатил покрываемые услуги, которые вы получили в результате действий или бездействия ответственной стороны, и вы или ваш представитель взыскиваете или имеете право взыскать какие-либо суммы с ответственной стороны.

Соглашаясь на получение страхового покрытия по данному плану, вы также (i) передаете нашему плану свое право на взыскание медицинских расходов из любого имеющегося покрытия в пределах полной стоимости всех покрываемых услуг, предоставляемых планом в связи с вашей травмой, заболеванием или состоянием, и (ii) соглашаетесь специально направить ответственную сторону на прямое возмещение расходов плану от вашего имени.

Соглашаясь на получение страхового покрытия по данному плану, вы также предоставляете нашему плану право первоочередного залога на любое взыскание, урегулирование, судебное решение или другой источник компенсации, а также на все возмещения полной стоимости оплаченных по плану покрываемых услуг, связанных с вашей травмой, заболеванием или состоянием, вызванными действиями или бездействием ответственной стороны. Этот приоритет применяется независимо от того, указаны ли

суммы конкретно в качестве взыскания медицинских расходов, и независимо от того, полностью ли были компенсированы ваши убытки. Наш план может взыскать полную стоимость всех услуг, предоставляемых по данному плану, независимо от наличия вины с вашей стороны, будь то относительная небрежность или иное. Из суммы взыскания по нашему плану не может быть вычтена оплата услуг адвоката, и наш план не обязан оплачивать или участвовать в оплате судебных издержек или гонораров адвокатов, нанятых для подачи страхового требования или иска против любой ответственной стороны.

### Действия, которые вам необходимо предпринять

Если вы получили травму, заболевание или состояние по вине ответственной стороны, вы должны сотрудничать с нашим планом и/или лечащим врачом в целях возмещения своих расходов, включая следующее:

- Сообщите нашему плану или лечащему врачу, в зависимости от ситуации, имя и адрес ответственной стороны и/или ее адвоката, если они вам известны; имя и адрес вашего адвоката, если вы пользуетесь услугами адвоката; имя и адрес любой страховой компании, участвующей в деле; а также описание того, как была вызвана травма, заболевание или состояние.
- Заполняйте любые документы, которые наш план или лечащий врач может обоснованно потребовать для оказания помощи в реализации залогового права или права на взыскание.
- Оперативно отвечайте на запросы нашего плана или лечащего врача о состоянии дела или страхового требования и любых переговорах по урегулированию.
- Немедленно уведомляйте наш план при получении вами или вашим адвокатом каких-либо денежных средств от ответственного лица или из любого другого источника.
- Выплачивайте залог на медицинское обслуживание или суммы взыскания по плану из любого взыскания, урегулирования или судебного решения, или другого источника компенсации, включая выплату всего возмещения, причитающегося нашему плану, за полную стоимость услуг по плану, связанных с вашей травмой, заболеванием или состоянием по вине ответственной стороны, независимо от того, указано ли это конкретно в качестве взыскания медицинских расходов, и независимо от того, полностью ли были компенсированы ваши убытки.
- Не предпринимайте никакие действия, ущемляющие изложенные выше права нашего плана. Это включает, в частности, воздержание от любых попыток снизить или исключить из урегулирования или взыскания полную стоимость всех услуг, покрытых планом, или от попыток лишить наш план его первоочередного права на возмещение или залогового права.

- Сохраняйте любые средства, полученные вами или вашим адвокатом от ответственной стороны или из любого другого источника, и возмещайте нашему плану или лечащему врачу, в зависимости от ситуации, сумму взыскания, причитающуюся плану, сразу же после получения вами оплаты и до выплаты любым другим потенциальным держателям залоговых прав или третьим лицам, претендующим на право возмещения.
- Вы обязаны содействовать нам в процессе взыскания такого возмещения или переплат.

## РАЗДЕЛ 5 Карта участника плана страхования

Карта участника плана страхования, выданная нашим планом в соответствии с настоящим *Документом об объеме страховой ответственности страховщика*, предназначена только для установления вашей личности. Владение картой участника плана страхования не дает права на получение услуг или других льгот в рамках настоящего *Документа об объеме страховой ответственности страховщика*. Чтобы иметь право на услуги или страховое покрытие в соответствии с настоящим *Документом об объеме страховой ответственности страховщика*, владелец карты должен иметь право на страховое покрытие и быть зарегистрированным в качестве участника в соответствии с настоящим *Документом об объеме страховой ответственности страховщика*. Лицо, получающее услуги, на которые оно не имеет права в соответствии с настоящим *Документом об объеме страховой ответственности страховщика*, будет нести ответственность за оплату этих услуг. Во время получения услуги участник должен предъявить карту участника плана, а не карту участника программы Medicare. При необходимости замены карты участника плана страхования позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711).

Примечание. Любой участник плана, сознательно допустивший злоупотребление или неправильное использование карты участника, может быть исключен из плана по уважительной причине. Наш план обязан сообщать в Управление генерального инспектора об исключении участника из плана в результате злоупотребления или неправомерного использования карты, что может привести к уголовному преследованию.

## РАЗДЕЛ 6 Независимые подрядчики

Отношения нашего плана с любым сотрудничающим поставщиком услуг представляют собой отношения с независимым подрядчиком. Сотрудничающие с планом поставщики услуг не являются ни сотрудниками, ни представителями нашего плана. В свою очередь, наш план и сотрудники нашего плана не являются ни сотрудниками, ни представителями сотрудничающего с планом поставщика услуг. Ни при каких обстоятельствах наш план страхования не несет ответственности за халатность, неправомерные действия или

бездействие как сотрудничающих, так и не сотрудничающих с планом поставщиков медицинских услуг. Отношения «врач-пациент» с участником плана поддерживают сотрудничающие с планом врачи, но не сам план страхования. Наш план страхования не выступает поставщиком медицинских услуг.

## РАЗДЕЛ 7 Мошенничество в отношении плана медицинского страхования

**Мошенничество в отношении плана медицинского страхования — это злонамеренный обман плана или введение его в заблуждение поставщиком услуг, участником, сотрудником либо любым лицом, действующим от их имени. Мошенничество преследуется как уголовное преступление. Любое лицо, которое умышленно и сознательно участвует в деятельности, направленной на обман плана медицинского страхования (например, подает жалобу, содержащую ложное или вводящее в заблуждение заявление), может быть признано виновным в мошенничестве в отношении плана медицинского страхования.**

Если у вас вызывают сомнения суммы, указанные в счете или в Разъяснении страховых выплат, либо вам известно или у вас есть подозрения о какой-либо незаконной деятельности, позвоните на нашу бесплатную горячую линию для сообщений о мошенничестве по номеру 1-866-685-8664 (TTY: 711). Горячая линия для сообщений о мошенничестве работает круглосуточно и без выходных. Все звонки строго конфиденциальны.

## РАЗДЕЛ 8 Обстоятельства, не зависящие от плана страхования

В той мере, в которой стихийные бедствия, военные действия, нарушения общественного спокойствия, массовые беспорядки, эпидемии, полное или частичное разрушение учреждений, атомные взрывы и иные виды высвобождения ядерной энергии, нетрудоспособность значимого персонала медицинской группы, чрезвычайные положения или другие подобные обстоятельства, не зависящие от нашего плана, приводят к тому, что учреждения или персонал нашего плана не могут предоставлять либо организовывать услуги или страховое покрытие в соответствии с настоящим *Документом об объеме страховой ответственности страховщика*, обязательства плана предоставлять такие услуги или страховое покрытие ограничиваются требованием, чтобы план добросовестно прилагал все усилия для предоставления либо организации предоставления таких услуг или страхового покрытия с учетом имеющихся у учреждений возможностей и доступности персонала.

# ГЛАВА 12.

## *Определения важных терминов*

**Амбулаторный хирургический центр** — это организация, которая функционирует исключительно с целью оказания амбулаторных хирургических услуг пациентам, не нуждающимся в госпитализации, и чье ожидаемое пребывание в центре не превышает 24 часов.

**Апелляция** — это процедура, инициируемая вами в том случае, если вы несогласны с нашим решением отклонить запрос на покрытие медицинских услуг или рецептурных препаратов либо оплату услуг или лекарств, которые вы уже получили. Вы также можете подать апелляцию, если несогласны с нашим решением прекратить предоставлять вам уже получаемые услуги.

**Биологический препарат** — это рецептурный препарат, изготовленный из природных и живых источников, таких как клетки животных, растений, бактерии или дрожжи. Биологические препараты имеют более сложную структуру, чем другие лекарства, и не могут быть точно скопированы, поэтому альтернативные формы называются биоаналогами. Биоаналоги, как правило, настолько же эффективны и безопасны, как и оригинальные биологические препараты.

**Биоаналог** — это рецептурный препарат, который считается очень похожим, но не идентичным оригинальному биологическому препарату. Биоаналоги, как правило, настолько же эффективны и безопасны, как и оригинальные биологические препараты, однако для замены оригинального биологического препарата биоаналогами, как правило, требуется новый рецепт. Взаимозаменяемые биоаналоги отвечают дополнительным требованиям, позволяющим заменять ими оригинальный биологический препарат в аптеке без нового рецепта, в соответствии с законодательством штата.

**Патентованный лекарственный препарат** — отпускаемый по рецепту препарат, который производится и реализуется фармацевтической компанией, первой разработавшей это лекарство. Патентованные лекарственные препараты содержат ту же формулу активных ингредиентов, что и непатентованные версии лекарственных препаратов. Однако непатентованные лекарственные препараты производятся и реализуются другими производителями лекарственных препаратов и, как правило, недоступны до тех пор, пока не истечет срок действия патента на патентованные лекарственные препараты.

**Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов** — это этап предоставления льгот на приобретение рецептурных препаратов по программе Part D, который начинается с момента, когда вы (или другие соответствующие критериям стороны от вашего лица) потратили $8,000 на покрываемые лекарства по программе Part D в течение года действия страхового покрытия. На этой стадии оплаты план страхования оплачивает всю стоимость необходимых вам покрываемых лекарств по программе Part D. От вас не требуется ничего платить.

**Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS)** — федеральное агентство, управляющее программой Medicare.

**Совместное страхование** — это выраженная в процентах (например, 20%) сумма, которую вам, возможно, придется заплатить в качестве вашей доли расходов на услуги или рецептурные препараты.

**Жалоба** — официальное процедура подачи жалобы называется **предъявлением претензии**. Жалобы подаются *только* в отношении определенных видов проблем. Сюда относятся проблемы, связанные с качеством медицинского обслуживания, временем ожидания и предоставляемым вам клиентским обслуживанием. Сюда же относятся жалобы в отношении ситуаций, когда план не соблюдает сроки подачи апелляции.

**Центр комплексной амбулаторной реабилитации (CORF)** — это учреждение, которое в основном предоставляет услуги реабилитации после болезни или травмы, включая физиотерапию, социальные или психологические услуги, дыхательную терапию, трудовую терапию, логопедические услуги и услуги по оценке безопасности жилищно-бытовых условий.

**Доплата** — это сумма, которую вам, возможно, придется заплатить в качестве вашей доли расходов на медицинские услуги или товары, например, за посещение врача, амбулаторный прием или рецептурный препарат. Доплата представляет собой фиксированную сумму (например, $10), а не процент.

**Участие в расходах** — это сумма, которую участник должен уплатить при получении услуг или препаратов. Участие в расходах состоит из любой комбинации следующих трех типов платежей: (1) любая сумма не покрываемого страховкой минимума, которую план страхования может назначить до того, как будут покрыты услуги или лекарства; (2) любая фиксированная сумма доплаты, требуемая планом страхования при получении определенной услуги или лекарства; (3) любая сумма дополнительного взноса, которая представляет собой процент от общей выплаченной за услугу или лекарство суммы, требуемый планом страхования при получении определенной услуги или лекарства.

**Заключение о страховом покрытии** — это решение о том, покрывается ли планом страхования прописанный вам препарат, а также сумма (при наличии), которую вы должны заплатить за этот препарат. Как правило, если вы приносите рецепт в аптеку и в аптеке сообщают, что данный препарат не покрывается вашим планом страхования, это не является заключением о страховом покрытии. Вам необходимо позвонить или написать в страховую компанию, обслуживающую ваш план страхования, чтобы запросить официальное заключение о страховом покрытии. Заключения о страховом покрытии в настоящем документе также называются «решениями о страховом покрытии».

**Покрываемые лекарственные препараты** — это термин, используемый для обозначения всех рецептурных препаратов, покрываемых нашим планом страхования.

**Покрываемые услуги** — это термин, используемый для обозначения всех медицинских услуг и принадлежностей, покрываемых нашим планом страхования.

**Надежное страховое покрытие рецептурных препаратов** — это страховое покрытие рецептурных препаратов (например, предлагаемое работодателем или профсоюзом), сумма которого в среднем составляет не меньше суммы стандартного покрытия рецептурных препаратов в рамках Medicare. Как правило, лица, имеющие такое покрытие, при получении права на участие в программе Medicare могут оставить этот тип покрытия и не платить штраф, если позже решат зарегистрироваться в программе страхового покрытия рецептурных препаратов в рамках Medicare.

**Повседневный уход** — это персональный уход, предоставляемый в центре сестринского ухода, хосписе или в другом учреждении, когда квалифицированная медицинская помощь или квалифицированный сестринский уход не требуются. Повседневный уход, предоставляемый лицами без профессиональных навыков или специального обучения, включает помощь в повседневных делах, например при принятии ванны, одевании, приеме пищи, подъеме с кровати или кресла либо возвращении в них, перемещениях по комнате и использовании ванной. Сюда же может относиться помощь медицинского характера, с которой большинство людей справляется самостоятельно (например, использование глазных капель). Программа Medicare не оплачивает повседневный уход.

**Суточная сумма участия в расходах** — такой способ оплаты вступает в силу, когда ваш врач прописывает вам запас определенных лекарств менее чем на полный месяц, и вы должны внести доплату. Суточная сумма участия в расходах представляет собой доплату, разделенную на количество дней в месячном запасе лекарственных препаратов. Например, если ваша доплата за месячный запас препарата составляет $30, при этом месячный запас рассчитан на 30 дней, тогда «суточная сумма участия в расходах» составит $1 в день.

**Не покрываемый страховкой минимум** — это сумма, которую вы должны заплатить за медицинское обслуживание или рецептурные препараты, прежде чем их оплатит наш план страхования.

**Исключение из плана страхования** — это процесс прекращения вашего участия в нашем плане страхования.

**Сбор за выдачу лекарства** — это сбор, взимаемый каждый раз при получении покрываемого лекарственного препарата по рецепту в целях оплаты стоимости пополнения вашего запаса аптекой, включая время фармацевта на подготовку и упаковку препарата.

**Лицо, имеющее право на участие в двух программах,** — это лицо, имеющее право на страховое покрытие в рамках Medicare и Medicaid.

**Планы страхования Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)** — в план страхования D-SNP зачисляются лица, имеющие право на участие в программе страхования Medicare (в соответствии с главой XVIII Федерального закона о социальном обеспечении), а также на медицинскую помощь в рамках плана Medicaid штата (в соответствии с главой XIX). В зависимости от штата и права человека на участие в программе некоторые расходы по программе Medicare покрываются штатом.

**Медицинское оборудование длительного пользования (DME)** — это определенное медицинское оборудование, которое заказывает ваш лечащий врач по медицинским показаниям. Например: ходунки, инвалидные коляски, костыли, системы ортопедических матрасов, материалы для больных сахарным диабетом, насосы для внутривенной инфузии, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование, небулайзеры или заказываемые поставщиком услуг больничные койки для использования на дому.

**Неотложное состояние** — неотложным называется состояние, при котором вы или любой другой здравомыслящий человек, не являющийся медицинским специалистом и имеющий обычный уровень знаний о здоровье и медицине, предполагаете наличие у вас медицинских симптомов, которые требуют немедленного медицинского вмешательства для предотвращения смертельного исхода (потери плода при беременности), потери конечности или функции конечности, а также потери или серьезного нарушения функции организма. Такие медицинские симптомы могут включать заболевание, травму, сильную боль или быстро ухудшающееся состояние.

**Экстренная медицинская помощь** — это покрываемые услуги, которые: (1) оказываются поставщиком услуг, имеющим квалификацию для оказания экстренной помощи; (2) необходимы для лечения, оценки или стабилизации неотложного состояния.

**Документ об объеме страховой ответственности страховщика (EOC) и условия предоставления страхового покрытия** — это настоящий документ вместе с вашей формой регистрации и любыми другими приложениями, дополнительными условиями или документами о выбранных дополнительных видах страховки, который содержит информацию о предоставленном вам страховом покрытии, наших обязанностях, а также ваших правах и обязанностях в связи с участием в нашем плане.

**Исключение** — это тип решения о страховом покрытии, которое в случае одобрения позволяет вам получить лекарство, которого нет в справочнике лекарств (исключение из справочника лекарств), либо получить непредпочтительный лекарственный препарат на более низком уровне участия в расходах (исключение в отношении лекарственного препарата определенного уровня). Вы также можете запросить исключение из правил, если наш план требует, чтобы вы попробовали другое лекарство до получения запрашиваемого препарата, либо если наш план ограничивает количество или дозировку запрашиваемого вами лекарства (исключение из справочника лекарств).

**Extra Help** — это программа, предоставляемая Medicare или штатом лицам с ограниченными доходами и ресурсами в оплате их расходов на рецептурные препараты по плану Medicare, в частности, страховых взносов, не покрываемых страховкой минимумов и дополнительных взносов.

**Непатентованный лекарственный препарат** — это рецептурный лекарственный препарат, одобренный Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA), поскольку в его состав входят те же действующие вещества, что и в состав патентованного лекарственного препарата. Как правило, непатентованный лекарственный препарат оказывает тот же эффект, что и патентованный лекарственный препарат, но обычно стоит дешевле.

**Претензия** — это тип жалобы, предъявляемой к нашему плану, поставщикам услуг или аптекам, включая жалобы относительно качества оказываемого вам обслуживания. Это не касается споров о покрытии или оплате.

**Медицинская сиделка на дому** — это лицо, которое предоставляет услуги, не требующие профессиональных навыков дипломированной медсестры или терапевта, такие как помощь с личной гигиеной (принятие ванны, пользование туалетом, одевание или выполнение предписанных упражнений).

**Хоспис** — это услуга, предусматривающая специальное лечение для участника, находящегося на терминальной стадии болезни в соответствии с медицинским заключением, что подразумевает предполагаемую продолжительность жизни не более 6 месяцев. Ваш план страхования обязан предоставить вам список хосписов, находящихся в вашем регионе. Если вы поступили в хоспис, но продолжаете платить ежемесячный страховой взнос, то вы остаетесь участником нашего плана страхования. Вы по-прежнему можете получать все необходимые по медицинским показаниям услуги, а также предлагаемые нами дополнительные услуги.

**Пребывание в стационаре больницы** — это термин, используемый в случаях, когда вы официально поступили в больницу для получения квалифицированных медицинских услуг. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом.

**Сумма связанной с доходом ежемесячной корректировки (IRMAA)** — если ваш валовой доход с поправками и изменениями, указанный в декларации IRS 2 года назад, превышает определенную сумму, вам придется платить стандартную сумму страхового взноса, а также сумму связанной с доходом ежемесячной корректировки (IRMAA). Сбор IRMAA представляет собой дополнительный сбор, который суммируется с вашим страховым взносом. Этот сбор затрагивает менее 5% людей, участвующих в программе Medicare, поэтому для большинства сумма ограничивается стандартным взносом.

**Ассоциация независимых практикующих врачей (IPA)** — это объединение врачей, в том числе поставщиков первичного медицинского обслуживания (PCP) и специалистов, а также прочих поставщиков медицинских услуг, включая больницы, которые заключили договор с планом на предоставление услуг участникам. См. .

**Лимит первоначального страхового покрытия** — это максимальный лимит покрытия на стадии первоначального страхового покрытия.

**Стадия первоначального страхового покрытия** — это стадия, на которой вы находитесь до того момента, пока ваши общие расходы на лекарства за год, включая суммы, которые заплатили вы и план страхования от вашего имени, не достигнут $5,030.

**Первоначальный период регистрации** — это период времени, в течение которого вы можете зарегистрироваться в программе Medicare Part A и Part B после того, как впервые получаете право на участие в программе Medicare. Если вам предоставляется право на участие в программе Medicare по достижении 65 лет, для вас первоначальный период регистрации составляет 7 месяцев и начинается за 3 месяца до того месяца, в котором вам исполнится 65 лет, и заканчивается через 3 месяца после месяца вашего 65-летия.

**Перечень покрываемых лекарств (Справочник лекарств или Перечень лекарств)** — это список рецептурных препаратов, покрываемых планом страхования.

**Субсидия при низком доходе (LIS)** — см. пункт «Extra Help».

**Максимальная сумма личных расходов** — это максимальная сумма ваших личных расходов на покрываемые услуги по программе Part A и Part B в рамках сети в течение календарного года. Суммы, которые вы платите в качестве страховых взносов по программе Medicare Part A и Part B, а также за рецептурные лекарственные препараты, не идут в счет максимальной суммы личных расходов. (**Примечание.** Поскольку участники нашего плана страхования также получают финансовую поддержку от Medicaid, они очень редко достигают максимальной суммы личных расходов.)

**Medicaid (или Medical Assistance)** — это программа, реализуемая совместно государством и штатом, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым группам лиц с низким доходом и ограниченными ресурсами. Программы Medicaid разных штатов отличаются друг от друга; тем не менее большая часть расходов на медицинское обслуживание покрывается при условии, что вы соответствуете требованиям для участия как в программе Medicare, так и в программе Medicaid.

**Медицинская группа** — это объединение врачей, в том числе поставщиков первичного медицинского обслуживания (PCP) и специалистов, а также прочих поставщиков медицинских услуг, включая больницы, которые заключили договор с планом на предоставление услуг участникам. См. раздел 3.2 главы 1.

**Установленные медицинские показания** — это применение препарата, одобренное Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов или основанное на данных, содержащихся в определенных справочниках.

**Необходимость по медицинским показаниям** — это услуги, принадлежности или лекарственные препараты, которые необходимы вам для профилактики, диагностики или лечения вашего заболевания и при этом соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики.

**Medicare** — это федеральная программа медицинского страхования для лиц в возрасте от 65 лет, некоторых лиц моложе 65 лет с определенными инвалидностями, а также лиц с терминальной стадией почечной недостаточности (как правило, необратимая почечная недостаточность, требующая диализа или пересадки почки).

**Открытый период регистрации на участие в программе Medicare Advantage** — это период времени с 1 января по 31 марта, когда участники плана Medicare Advantage могут отменить свою регистрацию в плане и перейти в другой план Medicare Advantage или получить покрытие по программе Original Medicare. Если вы решите перейти на программу Original Medicare в течение этого периода, одновременно с этим вы также можете присоединиться к отдельному плану Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты. Открытый период регистрации на участие в программе Medicare Advantage также действует в течение 3 месяцев после того, как человек впервые получил право на участие в программе Medicare.

**План Medicare Advantage (MA) Plan** (другое название — Medicare Part C) — это план, предоставляемый частной компанией, которая заключает с программой Medicare договор по предоставлению вам услуг по программе Medicare Part A и Part B. В качестве плана Medicare Advantage может выступать i) план HMO, ii) план PPO, iii) план Private Fee-for-Service (PFFS) или iv) план Medicare Medical Savings Account (MSA). Помимо выбора из этих типов планов, план Medicare Advantage HMO или PPO также может выступать в качестве плана Special Needs Plan (SNP). В большинстве случаев планы Medicare Advantage также включают программу Medicare Part D (страховое покрытие рецептурных лекарственных препаратов). Такие планы страхования называются **планами Medicare Advantage со страховым покрытием рецептурных лекарственных препаратов**.

**Программа скидок на период отсутствия страхового покрытия Medicare** — это программа, которая предоставляет скидки на большинство покрываемых патентованных препаратов по программе Part D участникам, на которых распространяется покрытие программы Part D и которые достигли стадии отсутствия страхового покрытия, но еще не получают поддержку в рамках программы «Extra Help». Скидки предоставляются на основе соглашений между федеральным правительством и некоторыми производителями лекарственных препаратов.

**Услуги, покрываемые по программе Medicare,** — это услуги, покрываемые по программе Medicare Part A и Part B. Все планы медицинского страхования Medicare должны покрывать все услуги, которые покрываются в рамках программы Medicare Part A и B. Термин «услуги, покрываемые по программе Medicare» не включает дополнительные услуги, такие как офтальмологические, стоматологические и сурдологические услуги, которые может предложить план Medicare Advantage.

**План медицинского страхования Medicare** — этот план страхования предлагается частной компанией, которая заключает с программой Medicare договор по предоставлению услуг в рамках программы Part A и Part B участникам программы Medicare, которые зарегистрированы в плане страхования. Сюда относятся все планы Medicare Advantage Plan, планы Medicare Cost Plan, планы Special Needs Plan, демонстрационные/пилотные программы, а также программы комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей (PACE).

**Покрытие рецептурных препаратов в рамках Medicare (Medicare Part D)** — это страхование, помогающее с оплатой амбулаторных рецептурных лекарств, вакцин, биологических препаратов и некоторых товаров, на которые не распространяется покрытие по программе Medicare Part A или Part B.

**Полис Medigap (дополнительная страховка по программе Medicare)** — это дополнительная страховка по программе Medicare, которую можно оформить в частной страховой компании, чтобы перекрыть периоды отсутствия страхового покрытия по программе Original Medicare. Полис Medigap действует только в отношении Original Medicare. (План Medicare Advantage не представляет собой полис Medigap.)

**Участник программы страхования (участник нашего плана страхования, участник плана страхования)** — это человек, участвующий в программе Medicare, который имеет право на получение покрываемых услуг, зарегистрирован в нашем плане страхования и чья регистрация была подтверждена Центрами предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS).

**Отдел обслуживания участников плана** — это отдел в рамках нашего плана, ответственный за ответы на ваши вопросы о вашем участии, страховых покрытиях, претензиях и апелляциях.

**Сетевая аптека** — это аптека, заключившая договор с нашим планом, в которой участники нашего плана могут получить покрываемые рецептурные лекарственные препараты. В большинстве случаев ваши рецептурные препараты покрываются планом страхования только при условии, что они приобретаются в одной из наших сетевых аптек.

**Сетевой поставщик услуг**. **Поставщик услуг** — это общий термин, которым мы обозначаем врачей, прочих медицинских специалистов, больницы и другие медицинские учреждения, которые имеют лицензию или сертификат на оказание медицинских услуг, выданные программой Medicare и правительством штата. **Сетевые поставщики услуг** заключили договор с нашим планом страхования, согласно которому они готовы принимать наши выплаты в качестве полной оплаты услуг и в некоторых случаях не только предоставлять покрываемые услуги участникам нашего плана страхования, но и координировать их получение. Сетевые поставщики услуг также называются «поставщиками услуг плана страхования».

**Заключение организации** — это решение, принимаемое нашим планом, о том, покрываются ли товары или услуги, или о том, какую сумму вы должны заплатить за покрываемые товары или услуги. Заключения организации в настоящем документе также называются «решениями о страховом покрытии».

**Original Medicare (традиционная программа Medicare или Fee-for-Service Medicare)** — это программа страхования, финансируемая государством, а не частным планом медицинского страхования, таким как планы Medicare Advantage Plan и планы с покрытием рецептурных лекарственных препаратов. В рамках Original Medicare услуги по программе Medicare покрываются путем выплаты врачам, больницам и другим

поставщикам услуг сумм, которые установлены Конгрессом США. Вы можете посетить любого врача, больницу или другого поставщика услуг, который работает по программе Medicare. Вы должны оплатить не покрываемый страховкой минимум. Программа Medicare оплачивает свою долю суммы, утвержденной Medicare, в то время как вы — свою долю. Original Medicare состоит из двух частей: Part A (страхование при госпитализации) и Part B (медицинское страхование), которые доступны на всей территории США.

**Внесетевая аптека** — это аптека, не заключившая договор с нашим планом страхования с целью координации или предоставлении покрываемых лекарственных препаратов участникам нашего плана страхования. Обычно мы не покрываем лекарства, приобретенные в не сотрудничающих с нами аптеках. Исключения возможны только при определенных условиях.

**Внесетевой поставщик услуг, внесетевое учреждение** — поставщик услуг или учреждение, с которыми мы не имеем договоренности в отношении координации или предоставления покрываемых услуг участникам нашего плана страхования. Внесетевые поставщики услуг не являются сотрудниками плана, не принадлежат ему и не находятся под его управлением.

**Личные расходы** — см. определение термина «участие в расходах» выше. Требование оплаты доли расходов за полученные услуги или лекарства непосредственно участником программы страхования также называется обязательными личными расходами участника.

**План PACE (Программа комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей)** — это план, который объединяет медицинские, социальные услуги и длительное обслуживание и поддержку (LTSS) для людей со слабым здоровьем с целью помочь им оставаться независимыми и жить в своем окружении (вместо переезда в центр сестринского ухода) как можно дольше. Лица, зарегистрированные в планах PACE, получают посредством этого плана страхования услуги как по программе Medicare, так и по программе Medicaid.

**Part C** — см. пункт «План Medicare Advantage (MA) Plan».

**Part D** — добровольная программа Medicare по предоставлению страхового покрытия рецептурных лекарственных препаратов.

**Лекарственные препараты программы Part D** — лекарства, которые могут быть покрыты программой Part D. Мы можем предоставлять все либо не все лекарственные препараты программы Part D. Некоторые категории препаратов были исключены Конгрессом из программы Part D. Определенные категории препаратов по программе Part D должны покрываться каждым планом.

**Надбавка за позднюю регистрацию в программе Part D** — это сумма, выплачиваемая сверх вашего страхового взноса за страховое покрытие рецептурных препаратов по программе Medicare в случае отсутствия у вас надежного страхового покрытия (которое должно обеспечивать в среднем по крайней мере не меньшие выплаты, чем стандартное

страховое покрытие Medicare в отношении рецептурных препаратов) непрерывно в течение 63 дней или более после того, как у вас впервые появилось право стать участником программы Part D. В случае утери права на участие в программе «Extra Help» на вас может быть наложена соответствующая надбавка за позднюю регистрацию в том случае, если вы проведете 63 или более дней подряд без покрытия рецептурных препаратов в рамках программы Part D или иного надежного страхового покрытия.

**Страховой взнос** — это периодический платеж в пользу программы Medicare, страховой компании или плана медицинского страхования за покрытие рецептурных препаратов или медицинских услуг.

**Поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP)** — это врач или другой поставщик услуг, которого вы посещаете в первую очередь по большинству вопросов, связанных со здоровьем. Многие планы медицинского страхования в рамках Medicare предусматривают, что вы должны посетить своего поставщика первичного медицинского обслуживания, прежде чем обратиться к какому-либо другому поставщику медицинских услуг.

**Предварительное разрешение** — это выдаваемое заранее разрешение на получение услуг или определенных лекарств. Покрываемые услуги, для которых требуется предварительное разрешение, отмечены особым образом в таблице страхового покрытия в главе 4. Покрываемые лекарственные препараты, для которых требуется предварительное разрешение, отмечены особым образом в справочнике лекарств.

**Протезы и ортопедические изделия** — это медицинские устройства, включающие, в том числе, ортезы для верхних конечностей, спины и шеи; искусственные конечности; искусственные глаза; а также устройства, необходимые для замещения внутренних органов или компенсации их функции, включая принадлежности для ухода за стомой и энтеральное и парентеральное питание.

**Организация повышения качества обслуживания (QIO)** — это группа врачей и других специалистов в сфере здравоохранения, финансируемая федеральным правительством и занимающаяся проверкой качества обслуживания пациентов в рамках Medicare и повышением качества работы.

**Количественные ограничения** — это инструмент управления, предназначенный для ограничения использования отдельных лекарственных препаратов по соображениям качества, безопасности или правил применения. Ограничения могут быть установлены на количество лекарственного препарата, которое мы покрываем по одному рецепту, или на определенный срок.

**Real Time Benefit Tool** — это портал или компьютерное приложение, с помощью которого участники программы страхования могут найти полную, точную, своевременную, клинически приемлемую, специфическую для конкретного участника информацию о справочнике лекарств и страховом покрытии. Сюда входят суммы участия в расходах, альтернативные препараты из справочника лекарств, которые могут использоваться для

лечения того же заболевания, что и данный препарат, а также ограничения на покрытие (предварительное разрешение, поэтапное лечение, количественные ограничения), которые применяются к альтернативным препаратам.

**Услуги по реабилитации** — это услуги, включающие физиотерапию, логопедическую терапию и трудовую терапию.

**Зона обслуживания** — географическая зона, в которой вы должны проживать, чтобы присоединиться к определенному плану медицинского страхования. Для планов, устанавливающих ограничения относительно врачей и больниц, которые вы можете использовать, как правило, это также область, где вы можете получить плановые (неэкстренные) услуги. Вас могут исключить из плана страхования, если вы переедете для проживания на постоянной основе за пределы зоны обслуживания плана.

**Услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода (SNF)** — это услуги квалифицированного сестринского ухода и реабилитации, которые предоставляются на постоянной, ежедневной основе в учреждении квалифицированного сестринского ухода. В качестве примера можно привести физиотерапию или внутривенные инъекции, которые может делать только зарегистрированная медсестра или врач.

**План Special Needs Plan** — это особый тип плана Medicare Advantage, который обеспечивает более специализированное медицинское обслуживание определенных групп людей, в том числе зарегистрированных в программах Medicare и Medicaid, проживающих в центре сестринского ухода или имеющих определенные хронические заболевания.

**Поэтапное лечение** — это способ применения лекарственных препаратов, согласно которому сначала необходимо попробовать другое лекарство для лечения вашего заболевания, прежде чем мы покроем стоимость лекарства, которое вам мог изначально прописать ваш врач.

**Дополнительный социальный доход (SSI)** — это ежемесячное пособие, выплачиваемое Службой социального обеспечения лицам с низким доходом и ограниченными ресурсами, которые относятся к одной из следующих категорий: лица с ограниченными физическими возможностями, слепые, а также лица в возрасте от 65 лет. Пособие SSI не равнозначно другим пособиям, выплачиваемым Службой социального обеспечения.

**Услуги неотложной медицинской помощи** — это покрываемые услуги, не являющиеся услугами экстренной помощи, предоставляемые в случаях, когда сетевые поставщики услуг временно недоступны или когда участник программы страхования находится за пределами зоны обслуживания. Например, вам требуется неотложная помощь в выходные дни. Услуги должны требоваться немедленно и быть необходимыми по медицинским показаниям.

**Карта Wellcare Spendables™** — это дебетовая карта, предоплаченная планом, которая может быть использована для оплаты товаров, описанных в таблице страхового покрытия.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

### Отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

| Способ связи | Контактная информация отдела обслуживания участников плана |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-431-9007<br>Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Обратите внимание, что в выходные и праздничные дни с 1 апреля по 30 сентября на звонок может ответить автоматизированная телефонная система. Оставьте свое имя и номер телефона, и мы перезвоним вам в течение одного (1) рабочего дня.<br>Отдел обслуживания участников плана также предоставляет бесплатные услуги перевода лицам, не владеющим английским языком. |
| **TTY** | 711<br>Звонки на этот номер бесплатны. С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Wellcare by Health Net<br>7700 Forsyth Boulevard<br>Clayton, MO 63105 |
| **ВЕБ-САЙТ** | www.wellcare.com/healthnetCA |

### Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California

Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California является государственной программой, получающей финансирование от федерального правительства для бесплатного консультирования участников программы Medicare по вопросам медицинского страхования на местном уровне.

| Способ связи | Контактная информация |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-434-0222 |
| **TTY** | 711 |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | California Department of Aging<br>2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200<br>Sacramento, CA 95833 |
| **ВЕБ-САЙТ** | https://www.aging.ca.gov/hicap/ |

***Заявление о раскрытии информации в соответствии с законом PRA.*** *В соответствии с законом «О сокращении бумажного документооборота» 1995 года, никто не обязан отвечать на запрос о сборе информации, если на нем не указан действительный контрольный номер OMB. Действительный контрольный номер OMB для сбора данной информации — 0938-1051. Если у вас есть замечания или предложения по улучшению данной формы, отправьте письмо по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*