# Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

## *Справочник участника плана*

H3561_008_2025_CA_EOC_DSNP_155268R_C

CA5CNCEOC60376R_0008
H3561008000

**Эта страница намеренно оставлена пустой**

**Эта страница намеренно оставлена пустой**

# Другие языки и форматы

## Другие языки

Вы можете бесплатно получить этот *Справочник участника плана* и другие материалы о плане на других языках. План Wellcare by Health Net предоставляет письменные переводы квалифицированных переводчиков. Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации об услугах языковой поддержки в сфере здравоохранения, таких как услуги устного и письменного переводчика, обратитесь к *Справочнику участника плана*.

## Другие форматы

Вы можете бесплатно получить эту информацию в других форматах, таких как шрифт Брайля, крупный шрифт размером 20 пт., аудиозапись и доступные электронные форматы. Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Звонок бесплатный.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)
H3561_008_2025_CA_EOC_DSNP_155268R_C

## Услуги устного переводчика

План Wellcare by Health Net бесплатно предоставляет услуги устного переводчика, включая язык жестов, предоставляемые квалифицированным переводчиком на круглосуточной основе. Вы не обязаны использовать члена семьи или друга в качестве устного переводчика. Мы рекомендуем использовать несовершеннолетних в качестве устных переводчиков только в случаях крайней необходимости. Услуги устного переводчика, лингвистические и культурные услуги предоставляются бесплатно. Справочная линия работает круглосуточно и без выходных. Для получения помощи на вашем языке или для получения этого *Справочника участника плана* на другом языке позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Звонок бесплатный.

**1 января–31 декабря 2025 г.**

## Страховое покрытие медицинского обслуживания и лекарств в рамках плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

## Справочник участника плана. Введение

Настоящий *Справочник участника плана* (другое название — *Документ об объеме страховой ответственности страховщика*) содержит сведения о доступном вам страховом покрытии в рамках нашего плана вплоть до 31 декабря 2025 года. Этот документ содержит сведения о медицинских услугах, услугах психологической, психиатрической и наркологической помощи (психическое здоровье и лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ), страховом покрытии рецептурных препаратов, а также длительном обслуживании и поддержке. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в **главе 12** *Справочника участника плана*.

**Это важный юридический документ. Храните его в надежном месте.**

Когда в настоящем *Справочнике участника плана* говорится «мы», «нас», «нам», «нами», «наш» или «наш план страхования», подразумевается план Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), ваш план Medicare Medi-Cal.

Настоящий документ может быть бесплатно предоставлен на следующих языках: арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), фарси, хмонг, корейском, русском, испанском, тагальском и вьетнамском.

Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, включая шрифт Брайля, крупный шрифт и/или аудиоформат. Для этого позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.

Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом медицинского страхования Wellcare by Health Net. По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на другом языке или в другом формате. Это называется «постоянно действующим запросом». Мы внесем ваш выбор в свою документацию.

Позвоните нам, если:

- Вы хотите получать материалы в другом формате или на одном из следующих языков: арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), фарси, хмонг, корейском, русском, испанском, тагальском и вьетнамском. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA**.**

- Вы хотите сменить язык или формат присылаемых вам материалов.

Если вам нужна помощь с пониманием информации, представленной в материалах о плане страхования, обратитесь в отдел обслуживания участников плана Wellcare by Health Net по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA**.**

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.

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

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，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。

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)。我們也為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)。這些服務均為免費。

**ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ** 1-800-431-9007 (TTY: 711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।** 1-800-431-9007 (TTY: 711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces 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 pab dawb xwb.

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）にお電話ください。これらのサービスは無料です。

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. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາใจใส่: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnangv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

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

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.

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.

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). Libre ang mga serbisyong ito.

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

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 безкоштовні.

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 miễn phí.

## *Справочник участника плана* Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) на 2025 год

## Содержание

ГЛАВА 1 Для новых участников плана ..... 10

ГЛАВА 2 Важные номера телефонов и ресурсы ..... 24

ГЛАВА 3 Использование покрытия нашего плана для вашего медицинского обслуживания и других покрываемых услуг ..... 47

ГЛАВА 4. Таблица страхового покрытия ..... 82

ГЛАВА 5. Получение рецептурных лекарств для амбулаторного лечения ..... 171

ГЛАВА 6 Стоимость рецептурных лекарств по программам Medicare и Medi-Cal для вас ..... 195

ГЛАВА 7 Направление запроса на оплату счета, полученного вами за покрываемые услуги или лекарственные препараты ..... 204

ГЛАВА 8. Ваши права и обязанности ..... 212

ГЛАВА 9 Что делать, если у вас возникли сложности или претензии (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы) ..... 239

ГЛАВА 10 Прекращение вашего участия в нашем плане ..... 296

ГЛАВА 11 Предусмотренные законом уведомления ..... 307

ГЛАВА 12 Определения важных терминов ..... 315

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

## Предупреждения

- Wellcare представляет собой торговую марку Centene Corporation в рамках программы Medicare — план HMO, PPO, PFFS, PDP, подразумевающий договор с программой Medicare, включая финансовую поддержку по программе части D. Наши планы D-SNP работают по договору с программой Medicaid штата. Возможность регистрации в наших планах страхования предоставляется при условии продления договора.
- Поставщики услуг, не сотрудничающие с планом и не заключившие договор с нами, не обязаны обслуживать участников плана страхования, за исключением экстренных случаев. Для получения дополнительной информации, в том числе об уровне вашего участия в расходах при оплате услуг, оказываемых внесетевыми поставщиками услуг, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана или изучите Справочник участника плана.
- Программа Medicare одобрила предоставление данных услуг планом Wellcare в рамках программы ценностно-ориентированного страхования. Эта программа позволяет Medicare испытать новые способы усовершенствования планов Medicare Advantage.
- На основании оценки модели медицинского обслуживания план Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) был одобрен Национальным комитетом по обеспечению качества (NCQA) как план для лиц с особыми потребностями (SNP) на протяжении 2025 года.
- Страховое покрытие по плану Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) представляет собой правомочное медицинское страхование (т. н. «основное минимальное страховое покрытие»). Оно соответствует требованию относительно индивидуальной совместной ответственности, установленному законом «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» (ACA). Для получения дополнительной информации о требовании относительно индивидуальной совместной ответственности посетите веб-сайт Налогового управления США (IRS) по адресу www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families

# Глава 1. Для новых участников плана

## Введение

В этой главе содержится информация о плане медицинского страхования Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), который покрывает все ваши услуги по программе Medicare и координирует все ваши услуги в рамках как Medicare, так и Medi-Cal. Здесь также приведены сведения о вашем участии в этом плане страхования. В этой главе также представлена информация о том, чего вам следует ожидать и какую другую информацию вы получите от нас. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

## Содержание

A. Добро пожаловать в наш план страхования ..... 11
B. Информация о программах Medicare и Medi-Cal ..... 12
B1. Программа Medicare ..... 12
B2. Программа Medi-Cal ..... 12
C. Преимущества нашего плана страхования ..... 13
D. Зона обслуживания нашего плана страхования ..... 14
E. Кто может стать участником плана страхования ..... 14
F. Что происходит, когда вы впервые становитесь участником нашего плана страхования ..... 15
G. Ваша группа медицинского обслуживания и план медицинского обслуживания ..... 16
G1. Группа медицинского обслуживания ..... 16
G2. План медицинского обслуживания ..... 17
H. Ваши ежемесячные расходы по плану Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ..... 17
H1. Страховые взносы ..... 17
I. Справочник участника плана ..... 18
J. Другая важная информация, которую вы получаете от нас ..... 18
J1. ID-карта участника ..... 18
J2. *Справочник поставщиков и аптек* ..... 19
J3. Перечень покрываемых лекарств ..... 21
J4. Разъяснение страховых выплат ..... 21
K. Поддержание ваших данных участника плана страхования в актуальном состоянии ..... 22
K1. Конфиденциальность личной информации о здоровье (PHI) ..... 23

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

## A. Добро пожаловать в наш план страхования

Наш план предоставляет услуги по программам Medicare и Medi-Cal лицам, которые имеют право на участие в обеих программах. В наш план входят врачи, больницы, аптеки, поставщики длительного обслуживания и поддержки, поставщики услуг психологической, психиатрической и наркологической помощи, а также другие поставщики услуг. Кроме того, в нашем плане предусмотрены координаторы медицинского обслуживания и группы медицинского обслуживания, помогающие организовывать получаемые вами услуги и взаимодействие с поставщиками услуг. Они работают все вместе, чтобы обеспечить вам необходимое обслуживание.

**Опыт, на который можно положиться**

Вы вступили в план медицинского страхования, на который действительно можно положиться.

Wellcare by Health Net помогает жителям штата California, участвующим в программах Medicare и Medi-Cal, получать все необходимые им услуги. Это становится возможным, поскольку мы предоставляем простой доступ к услугам и страховому покрытию в рамках Medicare и Medi-Cal, а также многое другое:

- Мы по праву гордимся высоким уровнем обслуживания наших клиентов; для достижения этой цели мы уделяем внимание каждому участнику плана страхования, обеспечивая персонализированный подход и нацеленность на положительный результат. Квалифицированные сотрудники нашего отдела обслуживания участников плана ценят ваше время и готовы оказать вам помощь на различных языках, в том числе с привлечением переводчика. Предлагаемый нами уровень обслуживания «консьерж-услуги» помогает вам эффективно использовать доступное вам страховое покрытие. Мы относимся к участникам нашего плана страхования как к членам своей семьи, помогая вам быстрее найти ответы на вопросы о получении медицинской помощи.
- Наш опыт создания сетей врачей, предоставляющих услуги высокого класса, насчитывает почти 25 лет. Доктора и врачи узкой специализации в нашей сети взаимодействуют в составе медицинских групп для своевременного предоставления всей необходимой вам помощи.
- Мы всегда рядом с вами: компания национального уровня, оказывающая услуги на местном уровне. Многие наши сотрудники живут там же, где и вы. Мы помогаем местным сообществам в рамках различных программ:
    - Скрининги здоровья на посвященных здравоохранению мероприятиях местного уровня и в общественных центрах
    - Бесплатные уроки медицинского просвещения

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

# B. Информация о программах Medicare и Medi-Cal

## B1. Программа Medicare

Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для:

- лица в возрасте от 65 лет,
- некоторых категорий людей в возрасте до 65 лет с определенными ограниченными возможностями; **а также**
- людей с терминальной стадией заболевания почек (почечной недостаточностью).

## B2. Программа Medi-Cal

Medi-Cal — название программы Medicaid, действующей в штате California. Программу Medi-Cal предоставляет штат. Программа финансируется штатом и федеральным правительством. Программа Medi-Cal помогает людям с ограниченными доходами и ресурсами оплачивать длительное обслуживание и поддержку (LTSS), а также медицинские расходы. Она покрывает дополнительные услуги и лекарственные препараты, не покрываемые программой Medicare.

Каждый штат самостоятельно решает:

- что считать доходом и ресурсами,
- кто соответствует требованиям плана,
- какие услуги покрываются, **а также**
- какова стоимость услуг.

Штаты могут самостоятельно решать, как реализовать свои программы при условии соблюдения федеральных правил.

Наш план страхования одобрен программой Medicare и штатом California. Вы можете получать услуги в рамках Medicare и Medi-Cal через наш план страхования при соблюдении следующих условий:

- мы предлагаем этот план страхования, **а также**
- Medicare и штат California позволяют нам продолжать предлагать этот план.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Даже если наш план когда-нибудь в будущем перестанет действовать, вы не потеряете свои права на услуги по программам Medicare и Medi-Cal.

## C. Преимущества нашего плана страхования

Теперь вы будете получать все услуги, покрываемые программами Medicare и Medi-Cal, включая отпускаемые по рецепту лекарства, в рамках нашего плана. **За участие в данном плане медицинского страхования дополнительно платить не нужно.**

Мы поможем наладить совместное предоставление услуг в рамках Medicare и Medi-Cal с наибольшей пользой для вас. Вот лишь некоторые преимущества нашего плана страхования:

- Вы можете сотрудничать с нами по **большинству** вопросов, связанных с вашим здоровьем.
- У вас есть своя собственная группа медицинского обслуживания, сформированная с вашей помощью. В группу медицинского обслуживания можете входить вы сами, а также ухаживающее за вами лицо, врачи, медсестры, консультанты и прочие медицинские специалисты.
- С вами работает координатор медицинского обслуживания. Это сотрудник, который поможет вам совместно с нашим планом страхования и вашей группой медицинского обслуживания составить план медицинского обслуживания.
- Вы можете управлять своим обслуживанием, прибегая к помощи вашей группы медицинского обслуживания и координатора медицинского обслуживания.
- Ваша группа медицинского обслуживания и координатор медицинского обслуживания помогут вам составить план медицинского обслуживания, отвечающий именно **вашим** медицинским потребностям. Группа медицинского обслуживания помогает координировать необходимые вам услуги. Например, это означает, что ваша группа медицинского обслуживания следит за тем, чтобы:
    - Ваши врачи были осведомлены обо всех принимаемых вами лекарствах. Таким образом они смогут проконтролировать, что вы принимаете правильные препараты, и тем самым уменьшить какие-либо побочные эффекты, которые вы можете испытывать при их применении.
    - Результаты ваших анализов предоставлялись всем врачам и другим поставщикам услуг по мере необходимости.

**Новые участники плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)**: в большинстве случаев вы будете зарегистрированы в плане Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) для получения услуг в рамках Medicare

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

в 1-й день месяца, следующего за месяцем, в котором вы подали запрос на вступление в план Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Вы можете продолжить получать услуги Medi-Cal в рамках вашего предыдущего плана Medi-Cal в течение еще одного месяца. После этого вы станете получать услуги Medi-Cal через Wellcare Dual Align (HMO D-SNP).

В вашем покрытии Medi-Cal не будет перерыва. Позвоните нам по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711), если у вас возникли какие-либо вопросы. С 1 октября по 31 марта наши 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.

## D. Зона обслуживания нашего плана страхования

Наша зона обслуживания включает следующие округа штата California: Los Angeles, Sacramento, Tulare.

Стать участниками нашего плана страхования могут только лица, проживающие в нашей зоне обслуживания.

**Вы не сможете оставаться участником нашего плана, если переедете за пределы нашей зоны обслуживания**. См. **главу 8** *Справочника участника плана* для получения дополнительной информации о последствиях переезда из нашей зоны обслуживания.

## E. Кто может стать участником плана страхования

Вы можете стать участником нашего плана страхования, если:

- вы проживаете в нашей зоне обслуживания (лица, находящиеся в тюремном заключении, не считаются проживающими в зоне обслуживания, даже если они физически находятся в ее пределах), **и**
- ваш возраст составляет 21 год и старше на момент регистрации, **и**
- вы являетесь участником программ Medicare Part A и Medicare Part B, **и**
- вы являетесь гражданином США или находитесь в США на законных основаниях, **и**
- в настоящий момент вы имеете право участвовать в программе Medi-Cal**.**

в случае потери права на участие в программе Medi-Cal есть основание полагать, что в течение 6 месяцев вы можете восстановить это право. В таком случае вы все еще можете быть участником нашего плана страхования.

Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы получить дополнительную информацию.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

## F. Что происходит, когда вы впервые становитесь участником нашего плана страхования

Когда вы впервые становитесь участником нашего плана страхования, для вас проводят оценку состояния здоровья (HRA) в течение 90 дней до или после даты вступления вашей регистрации в силу.

Оценка состояния здоровья (HRA) — обязательное условие нашего сотрудничества с вами. На основании оценки состояния здоровья (HRA) будет разработан ваш план медицинского обслуживания. Анкета оценки состояния здоровья (HRA) содержит вопросы, позволяющие выяснить, в какой медицинской, психологической, психиатрической и наркологической помощи вы нуждаетесь, а также определить ваши функциональные потребности.

Мы свяжемся с вами по поводу заполнения анкеты оценки состояния здоровья (HRA). Заполнить анкету оценки состояния здоровья (HRA) можно при личном визите, по телефону или по почте.

Мы вышлем вам более подробную информацию, касающуюся оценки состояния здоровья (HRA).

**Если вы впервые вступаете в наш план страхования,** вы еще некоторое время можете продолжать посещать врачей, к которым обращались до настоящего времени, даже если они не сотрудничают с нашим планом. Мы называем это непрерывностью медицинского обслуживания. Если поставщики услуг, к которым вы обращаетесь в настоящее время, не сотрудничают с нашим планом, вы можете продолжить обращаться к ним и пользоваться теми же правилами по утверждению услуг, что и на момент регистрации, в течение периода до 12 месяцев при условии выполнения всех следующих требований:

- Вы, ваш представитель или поставщик услуг попросили нас позволить вам обращаться к вашему текущему поставщику услуг.
- Мы устанавливаем, что вы уже взаимодействовали с этим поставщиком первичного медицинского обслуживания или специалистом (существует ряд ограничений). Под взаимодействием понимается, что вы посещали не сотрудничающего с планом поставщика услуг по поводу, не требующему экстренного вмешательства, по крайней мере один раз за 12 месяцев, предшествующих дате первоначальной регистрации в нашем плане.
    - Мы устанавливаем наличие взаимодействия, просмотрев доступную нам медицинскую информацию о вас либо информацию, которую вы нам предоставили.
    - Ответ на ваш запрос мы даем в течение 30 дней. Вы можете попросить нас принять решение быстрее, при этом срок предоставления ответа сократится до 15 дней. Вы можете подать этот запрос, позвонив по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Если существует риск причинения вреда вашему здоровью, мы должны предоставить ответ в течение 3 дней.

- При подаче запроса вы или ваш поставщик услуг должны предъявить документы, подтверждающие наличие взаимодействия, а также согласиться на определенные условия.

**Примечание.** Вы можете подать такой запрос в отношении поставщиков медицинского оборудования длительного пользования (DME) на срок не менее 90 дней или до того момента, пока мы не одобрим новый договор аренды такого оборудования с его доставкой сетевым поставщиком услуг. Вы не можете подать такой запрос в отношении поставщиков услуг транспортировки или прочих вспомогательных услуг, однако вы можете подать запрос на получение услуг транспортировки или прочих вспомогательных услуг, не представленных в нашем плане страхования.

После окончания периода непрерывности медицинского обслуживания вам придется обращаться к врачам и другим поставщикам услуг, которые сотрудничают с планом Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) и связаны с медицинской группой вашего поставщика первичного медицинского обслуживания, если только мы не заключим соглашение с вашим врачом, который не сотрудничал с планом. Сотрудничающий с планом или сетевой поставщик услуг — это поставщик услуг, работающий с планом медицинского страхования. При регистрации в нашем плане страхования вам назначат медицинскую группу, сотрудничающую с Wellcare CalViva Health Dual Align (HMO D-SNP). Кроме того, вам назначат 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. Дополнительную информацию о получении медицинского обслуживания см. в **разделе D главы 3** *Справочника участника плана*.

## G. Ваша группа медицинского обслуживания и план медицинского обслуживания

### G1. Группа медицинского обслуживания

Группа медицинского обслуживания поможет вам продолжать получать необходимое обслуживание. В группу медицинского обслуживания могут входить ваш врач, координатор медицинского обслуживания или другой выбранный вами медицинский персонал.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Координатор медицинского обслуживания — это человек, прошедший специальное обучение, чтобы помочь вам в получении необходимой медицинской помощи. Координатор медицинского обслуживания назначается участнику при регистрации в нашем плане страхования. Этот сотрудник также помогает вам найти ресурсы социальной помощи вне рамок нашего плана страхования и будет сотрудничать с вашей группой медицинского обслуживания для координации ухода и лечения. Для получения дополнительной информации о вашем координаторе медицинского обслуживания и группе медицинского обслуживания позвоните нам по номерам, указанным в нижней части страницы.

### G2. План медицинского обслуживания

Группа медицинского обслуживания помогает вам составить план медицинского обслуживания. В плане медицинского обслуживания содержится информация для вас и ваших врачей о том, какие услуги вам необходимы и как вы будете их получать. В нем представлены сведения о доступных вам медицинских услугах, психологической, психиатрической и наркологической помощи, а также длительном обслуживании и поддержке (LTSS) и прочих услугах.

Ваш план медицинского обслуживания включает:

- ваши цели медицинского обслуживания, **а также**
- сроки получения необходимых услуг.

Ваша группа медицинского обслуживания встретится с вами после проведения оценки состояния вашего здоровья (HRA). Они спросят вас о необходимых вам услугах. Они также расскажут об услугах, которые могут вас заинтересовать. План медицинского обслуживания составляется с учетом ваших потребностей и целей. Ваша группа медицинского обслуживания совместно с вами обновляет этот план не реже одного раза в год.

## H. Ваши ежемесячные расходы по плану Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

**Наш план страхования не подразумевает страховых взносов.**

### H1. Страховые взносы

Программа «Extra Help» (Дополнительная помощь) оплачивает страховой взнос по программе Medicare Part D от вашего имени при регистрации в нашем плане.

## I. Справочник участника плана

Ваш *Справочник участника плана* представляет собой часть нашего договора с вами. Это означает, что мы должны соблюдать все правила, изложенные в настоящем документе. Если вы считаете, что мы нарушили какое-то правило, у вас есть возможность подать апелляцию на наше решение. Для получения информации об апелляциях см. **раздел D главы 9** *Справочника участника плана* или позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Вы можете запросить экземпляр *Справочника участника плана*, позвонив в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы. Кроме того, *Справочник участника плана* доступен на нашем веб-сайте по адресу, указанному в нижней части страницы.

Договор действует в течение месяцев, когда вы являетесь участником нашего плана, в период с 1 января 2025 года по 31 декабря 2025 года.

## J. Другая важная информация, которую вы получаете от нас

Мы также предоставляем вам ID-карту участника и важную информацию о том, как получить доступ к *Каталогу поставщиков услуг и аптеки* и *Перечню покрываемых лекарств* (другое название — *Справочник лекарств*).

### J1. ID-карта участника

Участники нашего плана пользуются одной картой для получения услуг в рамках программ Medicare и Medi-Cal, включая длительное обслуживание и поддержку (LTSS), определенные виды психологической, психиатрической и наркологической помощи, а также лекарства по рецепту. Предъявляйте эту карту всегда, когда обращаетесь за услугами или получаете лекарства по рецепту. Перед вами образец ID-карты участника:

Если ваша ID-карта участника повреждена, утеряна или украдена, незамедлительно позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части страницы. Мы отправим вам новую карту.

Пока вы остаетесь участником нашего плана, для получения большинства услуг вам не нужно пользоваться ни красно-бело-голубой картой программы Medicare, ни картой программы Medi-Cal. Храните эти карточки в безопасном месте на случай, если они понадобятся вам в будущем. Если вы предъявили свою карту Medicare вместо ID-карты участника плана, поставщик услуг может выставить счет программе Medicare вместо нашего плана, в результате чего вы можете получить счет. Порядок действий в случае получения счета от поставщика услуг см. в **разделе A главы 7** *Справочника участника плана*.
Помните, что для получения следующих услуг вам нужна ваша карта Medi-Cal или карта получателя льгот (BIC):

- Услуги поддержки на дому (IHSS)
- Доступные в вашем округе услуги специализированной психологической и психиатрической помощи и лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (SUD)
- Услуги многоцелевой программы обслуживания пожилых (MSSP)
- Рецептурные препараты, покрываемые в рамках Medi-Cal, или услуги поставщиков MediCal Rx
- Стоматологические услуги, покрываемые в рамках Medi-Cal
- Услуги по альтернативной программе обслуживания на дому и по месту жительства (HCBS)

## J2. *Справочник поставщиков и аптек*

*Каталог поставщиков услуг и аптек* содержит список поставщиков услуг и аптек, сотрудничающих с нашим планом страхования. Поскольку вы являетесь участником нашего плана, для получения покрываемых услуг вам следует обращаться к сетевым поставщикам услуг.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Вы можете запросить экземпляр *Каталога поставщиков услуг и аптек* (в электронном или печатном формате), позвонив в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы. Печатные экземпляры Каталога поставщиков услуг и аптек по запросу отправляются по почте в течение трех рабочих дней.

Кроме того, *Каталог поставщиков услуг и аптек* доступен на веб-сайте по адресу, указанному в нижней части страницы.

Справочник поставщиков услуг позволяет вам найти информацию о сетевых поставщиках услуг, включая их имена и фамилии, адреса, номера телефонов, специализации и многое другое.

Наиболее актуальную информацию об изменениях, внесенных в список сетевых поставщиков услуг и аптек, можно узнать в отделе обслуживания участников плана или на веб-сайте. В Каталоге поставщиков услуг и аптек приведен список медицинских специалистов (таких как врачи, медсестры и психологи), медицинских учреждений (таких как больницы или клиники) и поставщиков услуг поддержки (таких как поставщики услуг для взрослых пациентов по месту жительства), к которым вы можете обращаться как участник плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Мы также приводим список аптек, в которых вы можете приобрести прописанные вам лекарства. Аптеки, перечисленные в Каталоге поставщиков услуг и аптек, включают розничные аптеки, аптеки с возможностью заказа по почте, аптеки с услугой инфузионной терапии на дому и аптеки при учреждениях долгосрочного ухода (LTC).

**Определение сетевых поставщиков услуг**

- К сотрудничающим с планом или сетевым поставщикам услуг относятся:
  - врачи, медсестры и прочие медицинские специалисты, к которым вы можете обращаться как участник нашего плана страхования;
  - клиники, больницы, учреждения сестринского ухода и прочие учреждения, предоставляющие медицинские услуги в рамках нашего плана страхования; **а также**
  - поставщики услуг, предоставляющие длительное обслуживание и поддержку (LTSS), психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь, агентства по медицинскому обслуживанию на дому, поставщики медицинского оборудования длительного пользования (DME) и прочие учреждения, поставляющие товары или оказывающие услуги, покрываемые по программе Medicare или Medi-Cal.

Сетевые поставщики услуг дали согласие принимать полную оплату покрываемых услуг от нашего плана.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

**Определение сетевых аптек**

- Сотрудничающими с планом или сетевыми называются аптеки, которые дали согласие на выдачу лекарств по рецепту участникам нашего плана страхования. Используйте *Справочник поставщиков и аптек* для поиска сетевой аптеки, услугами которой вы хотите пользоваться.
- За исключением экстренных ситуаций вы должны получать лекарства по рецепту в одной из наших сетевых аптек, если вы хотите, чтобы наш план страхования помогал вам с оплатой их стоимости.

Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы. Наиболее актуальную информацию об изменениях, внесенных в список сетевых поставщиков услуг и аптек, можно узнать в отделе обслуживания участников плана или на нашем веб-сайте.

## J3. Перечень покрываемых лекарств

У плана есть *Перечень покрываемых лекарств*. Для краткости мы называем его *«Перечень лекарств»*. Он содержит сведения о том, какие лекарства по рецепту покрывает наш план страхования.

В *Перечне лекарств* также указано, действуют ли в отношении каких-либо лекарственных препаратов определенные правила или ограничения, например ограничения по количеству, которое вы можете получить. Дополнительную информацию см. в **разделе C главы 5** *Справочника участника плана*.

Каждый год мы отправляем вам информацию о том, как получить *Перечень лекарств*, но некоторые изменения могут произойти в течение года. Наиболее актуальную информацию о покрываемых лекарствах можно получить в отделе обслуживания участников плана по телефону либо на нашем веб-сайте по адресу, указанному в нижней части страницы.

## J4. Разъяснение страховых выплат

Если вы используете возможности страхового покрытия рецептурных лекарств по программе Medicare Part D, мы будем отправлять вам сводный отчет по совершенным платежам. Он поможет вам следить за оплатой рецептурных лекарств по программе Medicare Part D. Этот отчет называется *Разъяснение страховых выплат* (Explanation of Benefits, EOB).

В отчете EOB указывается общая сумма, которую вы или другие лица от вашего имени потратили на покрываемые программой Medicare Part D лекарства по рецепту, а также общая сумма, которую

мы заплатили за каждое лекарство в рамках Medicare Part D в течение месяца. Отчет EOB не является счетом. В отчете EOB содержится дополнительная информация о лекарственных препаратах, которые вы принимаете. В **разделе A главы 6** *Справочника участника плана* содержится дополнительная информация об отчете EOB, и о том, как она помогает вам отслеживать покрытие лекарственных препаратов.

Вы также можете запросить отчет EOB. Чтобы получить экземпляр этого документа, обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы.

## K. Поддержание ваших данных участника плана страхования в актуальном состоянии

Вы можете поддерживать свои данные участника в актуальном состоянии, уведомляя нас об изменениях касающейся вас информации.

Эта информация необходима нам для точного ведения документации. Сотрудничающие с нашим планом поставщики услуг и аптеки также требуют предоставления точных сведений о вас. **Они используют ваши данные участника, чтобы знать, какие услуги и лекарства вы получаете и какова их стоимость для вас.**

Как можно скорее сообщайте нам о следующем:

- изменения в имени, адресе или номере 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 или страхование от несчастного случая на рабочем месте);
- любые страховые требования в отношении гражданской ответственности, например страховые требования при автомобильной аварии;
- госпитализация в учреждение сестринского ухода или больницу;
- получение медицинского обслуживания в больнице или отделении неотложной помощи;
- смена лица, осуществляющего за вами уход (или любого лица, которое несет ответственность за вас); **а также**
- ваше участие в клиническом исследовании. (**Примечание.** Вы не обязаны предоставлять нам информацию о клиническом исследовании, в котором вы участвуете, но мы рекомендуем делать это.)

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

В случае каких-либо изменений в этих сведениях позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы.

## K1. Конфиденциальность личной информации о здоровье (PHI)

В ваших данных участника может содержаться личная информация о здоровье (PHI). Федеральное законодательство и законы штата обязывают нас обеспечить конфиденциальность вашей личной информации о здоровье (PHI). Мы защищаем вашу личную информацию о здоровье (PHI). Более подробные сведения о том, как мы защищаем вашу личную информацию о здоровье (PHI), см. в **разделе C1 главы 8** *Справочника участника плана*.

# Глава 2. Важные номера телефонов и ресурсы

## Введение

В этой главе содержится контактная информация важных ресурсов, которые могут помочь вам найти ответы на интересующие вас вопросы о нашем плане страхования и доступных вам медицинских услугах. В этой главе вы также найдете сведения о том, как связаться с координатором медицинского обслуживания и другими специалистами, которые могут помочь в защите ваших интересов. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

## Содержание

A. Координатор медицинского обслуживания ..... 28
B. Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) ..... 31
C. Справочная служба медсестер ..... 32
D. Горячая линия в области психического здоровья ..... 33
E. Организация по улучшению качества обслуживания (QIO) ..... 34
F. Программа Medicare ..... 35
G. Программа Medi-Cal ..... 36
H. Управление омбудсмена по программам управляемого ухода и психиатрической помощи Medi-Cal ..... 37
I. Социальные службы округа ..... 38
J. Агентство округа по оказанию услуг психиатрической, психологической и наркологической помощи ..... 40
K. Департамент управляемого медицинского обслуживания штата California ..... 42
L. Программы помощи с оплатой рецептурных лекарственных препаратов ..... 42
L1. Программа «Дополнительная помощь» ..... 43
M. Служба социального обеспечения ..... 43
N. Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB) ..... 44
O. Другие ресурсы ..... 45
P. Программа стоматологического обслуживания Medi-Cal ..... 45

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

## Отдел обслуживания участников

| | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-431-9007 (звонок бесплатный)<br><br>С 1 октября по 31 марта наши 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><br>Для участников, не владеющих английским языком, предоставляются бесплатные услуги переводчика. |
| **TTY** | 711. Звонок бесплатный.<br><br>Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование.<br><br>С 1 октября по 31 марта наши 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. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Wellcare By Health Net<br>PO Box 10420<br>Van Nuys, CA 91410-0420 |
| **САЙТ** | www.wellcare.com/healthnetCA |

Обращайтесь в отдел обслуживания участников плана для получения помощи по следующим вопросам:

- Вопросы о плане
- Вопросы о страховых требованиях и выставлении счетов

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Решения о *страховом покрытии* медицинского обслуживания
  - Решение о страховом покрытии медицинского обслуживания — это решение, принятое по следующим вопросам:
    - ваши льготы и покрываемые услуги **или**
    - сумма, в пределах которой мы оплатим ваши медицинские услуги.
  - Позвоните нам, если у вас возникли вопросы о каком-либо решении о страховом покрытии вашего медицинского обслуживания.
  - Подробнее о решениях о страховом покрытии см. в **разделе E главы 9** *Справочника участника плана*.
- Апелляции по поводу медицинского обслуживания
  - Апелляция — это официальный способ обратиться к нам с запросом пересмотреть принятое нами решение о страховом покрытии и изменить его, если вы не согласны с ним или считаете, что оно было ошибочным.
  - Подробнее о процедуре подачи апелляции см. в **разделе E главы 9** *Справочника участника плана*.
- Жалобы на медицинское обслуживание
  - Вы можете подать жалобу на нас или на любого поставщика услуг (как внесетевого, так и сетевого). Сотрудничающий с планом или сетевой поставщик услуг — это поставщик услуг, работающий с нашим планом страхования. Вы также можете подать жалобу на качество полученного вами медицинского обслуживания нам или в Организацию повышения качества обслуживания (QIO) (см. **раздел F**).
  - Вы можете позвонить нам по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711) и объяснить суть своей жалобы. С 1 октября по 31 марта наши 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.
  - Если ваша жалоба касается решения о страховом покрытии вашего медицинского обслуживания, вы можете подать апелляцию (см. раздел выше, стр. 21).
  - Вы можете направить жалобу на наш план страхования в Medicare. Используйте онлайн-форму по адресу www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Либо вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), чтобы попросить о помощи.
  - Вы можете подать жалобу на наш план страхования в программу омбудсменов Medicare Medi-Cal, позвонив по номеру 1-855-501-3077.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Подробнее о процедуре подачи жалобы на медицинское обслуживание см. в **разделе K главы 9** *Справочника участника плана*.

- Решения о страховом покрытии лекарственных препаратов
  - Решение о страховом покрытии лекарственных препаратов — это решение, принятое по следующим вопросам:
    - ваши льготы и покрываемые лекарственные препараты **или**
    - сумма, в пределах которой мы оплатим ваши лекарственные препараты.
  - Лекарства, не покрываемые Medicare, например безрецептурные (OTC) препараты и некоторые витамины, могут покрываться в рамках MediCal Rx. Более подробную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Вы также можете позвонить в центр по работе с клиентами Medi-Cal Rx по номеру 800-977-2273.
  - Более подробные сведения касательно решений о страховом покрытии ваших рецептурных препаратов см. в **разделе G главы 9** *Справочника участника плана*.

- Апелляции в отношении лекарственных препаратов
  - Апелляция — это способ обратиться к нам с просьбой об изменении решения о страховом покрытии.
  - Более подробные сведения о процедуре подачи апелляции по поводу ваших рецептурных препаратов см. в **разделе G главы 9** *Справочника участника плана*.

- Жалобы по поводу лекарственных препаратов
  - Вы можете подать жалобу на нас или на любую аптеку. Жалоба может касаться в том числе ваших рецептурных препаратов.
  - Если ваша жалоба касается решения о страховом покрытии ваших рецептурных препаратов, вы можете подать апелляцию. (См. раздел выше.)
  - Вы можете направить жалобу на наш план страхования в Medicare. Используйте онлайн-форму по адресу www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Либо вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), чтобы попросить о помощи.
  - Более подробные сведения о процедуре подачи жалобы по поводу ваших рецептурных препаратов см. в **разделе K главы 9** *Справочника участника плана*.

- Оплата за медицинское обслуживание или лекарственные препараты, за которые вы уже заплатили
  - Подробнее о том, как попросить нас возместить платеж или оплатить счет, который вы

получили, см. в **разделе A главы 7** *Справочника участника плана*.

- Если вы просите нас оплатить счет, а мы отказываем в удовлетворении этого запроса полностью или частично, вы можете обжаловать наше решение. См. **раздел E главы 9** *Справочника участника плана*.

## A. Координатор медицинского обслуживания

Координатор медицинского обслуживания — это основной специалист, который сотрудничает с вами, планом медицинского страхования, вашими врачами и прочими поставщиками услуг с целью гарантировать получение вами необходимого медицинского обслуживания.

Отдел обслуживания участников плана также может сообщить вам, как связаться с вашим координатором медицинского обслуживания. Координатор медицинского обслуживания:

- Помогает организовать медицинское обслуживание в соответствии с вашими медицинскими потребностями.
- Вместе с вами составляет план медицинского обслуживания.
- Помогает вам решать, кто будет включен в вашу группу медицинского обслуживания.
- Сообщает вам информацию, необходимую для управления вашим медицинским обслуживанием.

Позвоните в отдел обслуживания участников плана, если вам нужна помощь по поводу обращения к вашему координатору медицинского обслуживания. Если вы хотите сменить координатора медицинского обслуживания либо у вас возникли какие-либо дополнительные вопросы, позвоните по указанному ниже номеру телефона. Вы также можете позвонить вашему координатору медицинского обслуживания, прежде чем он или она обратятся к вам. Позвоните по указанному ниже номеру и попросите пригласить к телефону вашего координатора медицинского обслуживания.

| | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-833-340-0083 (звонок бесплатный)<br><br>Представители доступны с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. EST<br><br>Для участников, не владеющих английским языком, предоставляются бесплатные услуги переводчика. |

| | |
|---|---|
| **TTY** | 711. Звонок бесплатный.<br><br>Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование.<br><br>Представители доступны с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. EST |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Wellcare By Health Net<br>Attention: Care Coordination Team<br>PO Box 10420<br>Van Nuys, CA 91410-0420 |
| **САЙТ** | www.wellcare.com/healthnetCA |

Обращайтесь к своему координатору медицинского обслуживания для получения помощи по следующим вопросам:

- вопросы по вашему медицинскому обслуживанию;
- вопросы о получении психологической, психиатрической и наркологической помощи (психическое здоровье и лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ);
- вопросы о страховом покрытии стоматологических услуг;
- вопросы о транспортировке до места приема;
- вопросы о длительном обслуживании и поддержке (LTSS), включая услуги для взрослых пациентов по месту жительства (CBAS) и учреждения сестринского ухода (NF).

Вам могут быть доступны следующие услуги:

- Услуги для взрослых пациентов по месту жительства (CBAS)
- квалифицированный сестринский уход;
- физиотерапия;
- трудовая терапия;
- логопедическая терапия;
- медико-социальные услуги;

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- медицинский уход на дому;
- услуги поддержки на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), предоставляемые социальными службами вашего округа;
- в некоторых случаях вам предоставляется помощь с ежедневным медицинским обслуживанием и бытовыми нуждами;
- услуги амбулаторного лечения.

**Услуги для взрослых пациентов по месту жительства (CBAS)**

Услуги для взрослых пациентов по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS) предназначены для участников программы Medi-Cal старше 18 лет, имеющих соответствующие физические, психические или социальные нарушения.

Для участия в этой программе необходимо соответствовать одному из следующих критериев:

- Потребность в помощи, соответствующая уровню не ниже уровня A для учреждений сестринского ухода (NF-A), в частности потребность в квалифицированном сестринском уходе, квалифицированном сестринском наблюдении, помощи при приеме лекарств и помощи при наличии физических и/или психических ограничений.
- Умеренное или тяжелое когнитивное нарушение, включая болезнь Альцгеймера или другие типы деменции умеренной или тяжелой степени
- Нарушение развития
- Легкое или умеренное когнитивное нарушение, включая болезнь Альцгеймера или другие типы деменции, требующее помощи или надзора при выполнении хотя бы двух из следующих видов действий:
  - Принятие ванны
  - Самостоятельный прием пищи
  - Пользование туалетом
  - Ходьба
  - Соблюдение режима приема лекарств
  - Поддержание гигиены
- Хроническое психическое заболевание или черепно-мозговая травма, требующие помощи или надзора при выполнении хотя бы двух из следующих видов действий:
  - Принятие ванны
  - Одевание
  - Самостоятельный прием пищи
  - Пользование туалетом
  - Ходьба
  - Перемещение
- Потребность в помощи при приеме лекарств либо в помощи или надзоре при выполнении хотя бы одного из действий из списка выше и одного из следующих видов действий:

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

  - Поддержание гигиены
  - Обучение навыкам обращения с деньгами
  - Использование ресурсов
  - Приготовление пищи
  - Транспортные услуги
- Разумное основание полагать, что профилактические услуги позволят поддержать или улучшить текущий уровень возможностей пациента (например, в случае повреждения мозга в результате травмы или инфекции)
- Высокая вероятность дальнейшего ухудшения состояния с возможным поступлением в медицинское учреждение при отсутствии услуг в рамках CBAS (например, в случае опухоли мозга или ВИЧ-ассоциированной деменции)

## B. Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP)

Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) предоставляет бесплатные консультации по медицинскому страхованию участникам Medicare. В штате California программа SHIP называется Программой консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP). Работающие в программе HICAP консультанты ответят на ваши вопросы и помогут понять, как справиться с возникшими затруднениями. Обученные консультанты программы HICAP имеются в каждом округе, и услуги предоставляются бесплатно.

Программа HICAP никак не связана с какими-либо страховыми компаниями или планами медицинского страхования.

| | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. по местному времени |
| **TTY** | 711 (национальная служба коммутируемых сообщений)<br><br>Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование.<br><br>С понедельника по пятницу с 9:00 a.m. до 5:00 p.m. |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| | |
|---|---|
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | California Department of Aging<br><br>Адреса офисов в различных округах см. на веб-сайте https://www.aging.ca.gov/hicap/ |
| **ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА** | Отправить запрос на получение информации из открытых источников |
| **САЙТ** | https://www.aging.ca.gov/hicap/ |

Обращайтесь в программу HICAP для получения помощи по следующим вопросам:

- вопросы о программе Medicare
- Консультанты программы HICAP могут ответить на ваши вопросы о переходе на новый план страхования и помочь вам:
  - понять ваши права;
  - понять, какие планы вам доступны;
  - подать жалобу на медицинское обслуживание или лечение, **а также**
  - решить проблемы с вашими счетами.

## C. Справочная служба медсестер

Линия сестринских консультаций Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) — это служба, в рамках которой предоставляются советы по телефону и консультации квалифицированных медицинских сестер. Бесплатная линия работает круглосуточно, без выходных и праздников. Линия сестринских консультаций оказывает услуги участнику плана по оценке необходимой медицинской помощи и определяет степень этой необходимой помощи в данный момент. Клинические специалисты проводят индивидуальные консультации, отвечают на вопросы о здоровье и мониторинге симптомов, что позволяет участникам плана принимать взвешенные и правильные решения об их лечении и медицинском уходе. Участники плана могут обратиться на линию сестринских консультаций, позвонив в отдел обслуживания участников плана Wellcare By Health Net по номеру, указанному на обратной стороне ID-карты участника. Вы можете обращаться на линию сестринских консультаций с вопросами о здоровье и медицинском обслуживании.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-893-5597 (звонок бесплатный)<br><br>24 часа в сутки, 7 дней в неделю<br><br>Для участников, не владеющих английским языком, предоставляются бесплатные услуги переводчика. |
| **TTY** | 711. Звонок бесплатный.<br><br>Этот номер предназначен для лиц с проблемами слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование.<br><br>24 часа в сутки, 7 дней в неделю |

## D. Горячая линия в области психического здоровья

План Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) имеет ежедневную и круглосуточную линию психологической помощи в кризисных ситуациях для участников, которым требуется такая помощь. В любой момент во время телефонного разговора участник плана может попросить поговорить с лицензированным клиническим специалистом, который поможет получить необходимые услуги. Для обращения на линию помощи в кризисных ситуациях звоните по указанному ниже номеру.

| | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-646-5610 (звонок бесплатный)<br><br>Лицензированные клинические специалисты в области психологической, психиатрической и наркологической помощи доступны круглосуточно, без выходных и праздников.<br><br>Для участников, не владеющих английским языком, предоставляются бесплатные услуги переводчика. |
| **TTY** | 711 (национальная служба коммутируемых сообщений) Звонок бесплатный.<br><br>Этот номер предназначен для лиц с проблемами слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование.<br><br>Лицензированные клинические специалисты в области психологической, психиатрической и наркологической помощи доступны круглосуточно, без выходных и праздников. |

Обращайтесь на линию психологической помощи в кризисных ситуациях для получения помощи по

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

следующим вопросам:

- вопросы об услугах психологической, психиатрической и наркологической помощи

Wellcare by Health Net обеспечивает круглосуточный доступ к консультациям по медицинским вопросам. На ваш звонок ответит специалист по психологической, психиатрической и наркологической помощи, которому можно задать любые вопросы о психическом здоровье. Если вам нужна неотложная, но не экстренная помощь, позвоните на нашу линию психологической помощи в кризисных ситуациях. Линия работает круглосуточно, без выходных и праздников. Здесь вы получите ответы на свои вопросы о психологической, психиатрической и наркологической помощи от клинического специалиста. Чтобы получить информацию о специализированной психологической и психиатрической помощи, доступной в вашем округе, см. **раздел K** этой главы.

## E. Организация по улучшению качества обслуживания (QIO)

В нашем штате есть организация под названием Livanta — организация повышения качества обслуживания в штате California. Это группа врачей и других работников здравоохранения, которые помогают улучшать качество обслуживания участников программы Medicare. Livanta — организация повышения качества обслуживания в штате California не связана с нашим планом.

| | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-877-588-1123 |
| **TTY** | 711<br><br>Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Livanta LLC/BFCC-QIO<br>10820 Guilford Road, Suite 202<br>Annapolis Junction, MD 20701-1105 |
| **САЙТ** | https://www.livantaqio.cms.gov/en |

Обращайтесь в Livanta — организацию повышения качества обслуживания штата California для получения помощи по следующим вопросам:

- вопросы о ваших правах на медицинское обслуживание
- подача жалобы на полученное медицинское обслуживание, если вы:
  - столкнулись с проблемами в отношении качества ухода,

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- считаете, что ваше пребывание в больнице заканчивается слишком рано **или**
- считаете, что ваше медицинское обслуживание на дому, обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода или в учреждении комплексной амбулаторной реабилитации (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) завершились слишком рано.

## F. Программа 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).

Федеральным агентством, отвечающим за программу Medicare, являются Центры обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

| | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)<br><br>Звонки на этот номер бесплатны, звонить можно 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. |
| **TTY** | 1-877-486-2048. Звонок бесплатный.<br><br>Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование. |

| | |
|---|---|
| **САЙТ** | www.medicare.gov<br><br>Это официальный веб-сайт программы Medicare. На нем представлена самая актуальная информация о программе Medicare. Кроме того, здесь вы найдете информацию о больницах, учреждениях сестринского ухода, врачах, агентствах по медицинскому обслуживанию на дому, диализных центрах, центрах реабилитации в условиях стационара и хосписах.<br><br>Здесь также приведены адреса полезных веб-сайтов и номера телефонов. Кроме того, на веб-сайте представлены документы, которые вы можете распечатать прямо с компьютера.<br><br>Если у вас нет компьютера, с доступом на веб-сайт вам могут помочь в местной библиотеке или в центре для людей старшего возраста. Либо вы можете позвонить в Medicare по указанному выше номеру и запросить нужную информацию. Сотрудники найдут информацию на веб-сайте и изучат ее вместе с вами. |

## G. Программа Medi-Cal

Medi-Cal — это название программы Medicaid, действующей в штате California. Это общественная программа медицинского страхования, предоставляющая необходимые медицинские услуги лицам с низким доходом, в том числе семьям с детьми, пожилым людям, лицам с ограниченными возможностями, детям и молодым людям, находящимся под патронажем, а также беременным женщинам. Программа Medi-Cal финансируется правительством штата и федеральным правительством.

В объем страхового покрытия в рамках программы Medi-Cal входят медицинское обслуживание, стоматологические услуги, услуги психологической, психиатрической и наркологической помощи, а также длительное обслуживание и поддержка.

Вы зарегистрированы как в программе Medicare, так и в программе Medi-Cal. Если у вас возникли вопросы о покрываемых услугах в рамках программы Medi-Cal, позвоните своему координатору медицинского обслуживания. Если у вас возникли вопросы об участии в плане Medi-Cal, позвоните в Варианты медицинского обслуживания.

| | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-430-4263<br>С понедельника по пятницу, с 8 a.m. до 6 p.m. |
| **TTY** | 1-800-430-7077<br>Этот номер предназначен для лиц с проблемами слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | CA Department of Health Care Services<br>Health Care Options<br>P.O. Box 989009<br>West Sacramento, CA 95798-9850 |
| **САЙТ** | www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/ |

## H. Управление омбудсмена по программам управляемого ухода и психиатрической помощи Medi-Cal

Управление омбудсмена выступает в качестве защитника ваших интересов. Сотрудники ведомства могут ответить на ваши вопросы, если у вас есть проблема или жалоба, а также разъяснить, что вам следует делать в той или иной ситуации. Управление омбудсмена также помогает вам в решении проблем с обслуживанием или выставлением счетов. Данный орган не связан с нашим планом или любыми другими страховыми компаниями либо планами медицинского страхования. Эти услуги бесплатны.

| | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-888-452-8609<br>Звонок бесплатный. С понедельника по пятницу, с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. |
| **TTY** | 711<br>Звонок бесплатный. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | California Department of Healthcare Services<br>Office of the Ombudsman<br>1501 Capitol Mall MS 4412<br>PO Box 997413<br>Sacramento, CA 95899-7413 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| | |
|---|---|
| **ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА** | MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov |
| **САЙТ** | www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx |

## I. Социальные службы округа

Если вам нужна помощь в получении услуг, которую предоставляют социальные службы округа, например в виде соответствующих пособий по программам Medi-Cal и IHSS, свяжитесь с отделением социальных служб вашего округа.

Обратитесь в отделение социальных служб вашего округа, чтобы подать заявку на участие в программе предоставления услуг поддержки на дому. Эта программа помогает с оплатой услуг, необходимых для того, чтобы вы продолжали безопасно жить дома. Виды услуг могут включать помощь в приготовлении пищи, купании, одевании, стирке, покупке продуктов или транспортировке.

По любым вопросам о соответствии критериям для участия в программе Medi-Cal обращайтесь в отделение социальных служб вашего округа.

| **Округ Los Angeles** | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-866-613-3777 (звонок бесплатный)<br>За исключением праздничных дней:<br>С понедельника по пятницу с 7:30 a.m. до 7:30 p.m.<br>В субботу с 8:00 a.m. до 4:30 p.m. |
| **TTY** | 711. Звонок бесплатный.<br>Этот номер предназначен для лиц с проблемами слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование.<br>С понедельника по пятницу с 7:30 a.m. до 7:30 p.m.<br>В субботу с 8:00 a.m. до 4:30 p.m. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Адрес ближайшего отделения социальных служб см. на веб-сайте https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html |
| **САЙТ** | dpss.lacounty.gov |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| **Округ Sacramento** | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-916-874-2888 (звонок бесплатный)<br><br>С понедельника по пятницу: с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. |
| **TTY** | 711. Звонок бесплатный.<br><br>Этот номер предназначен для лиц с проблемами слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование.<br><br>С понедельника по пятницу: с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | IHSS Public Authority<br>3700 Branch Center Road, Suite A<br>Sacramento, CA 95827 |
| **ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА** | hhs-pa@saccounty.net |
| **САЙТ** | http://pubauth.saccounty.net/ |

| **Округ Tulare** | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-571-9555 (звонок бесплатный)<br><br>С понедельника по четверг с 7:30 a.m. до 5:00 p.m.<br>В пятницу с 8:00 a.m. до 12:00 p.m. |
| **TTY** | 711. Звонок бесплатный.<br><br>Этот номер предназначен для лиц с проблемами слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование.<br><br>С понедельника по четверг с 7:30 a.m. до 5:00 p.m.<br>В пятницу с 8:00 a.m. до 12:00 p.m. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Tulare County Human Services<br>4025 W. Noble Ave., Suite A<br>Visalia, CA 93277 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| **Округ Tulare** | |
|---|---|
| **САЙТ** | www.tchhsa.org/eng/human-services/in-home-supportive-services-ihss/ |

## J. Агентство округа по оказанию услуг психиатрической, психологической и наркологической помощи

Услуги специализированной психологической и психиатрической помощи и услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, по программе Medi-Cal доступны вам в округе, если вы соответствуете определенным критериям.

| **Округ Los Angeles** | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | Линия центра доступа к медицинским услугам Access Center: 1-800-854-7771<br>Горячая линия помощи при злоупотреблении<br>психоактивными веществами (SASH): 1-844-804-7500<br>Звонок бесплатный.<br>24 часа в сутки, 7 дней в неделю<br><br>Для участников, не владеющих английским языком, предоставляются бесплатные услуги переводчика. |
| **TTY** | 711. Звонок бесплатный.<br>Этот номер предназначен для лиц с проблемами слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование.<br><br>24 часа в сутки, 7 дней в неделю |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| **Округ Sacramento** | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-888-881-4881 (звонок бесплатный)<br>С понедельника по пятницу, с 8 a.m. до 5 p.m.<br>(круглосуточно, без выходных, для звонков в связи с кризисом психического здоровья)<br>Для участников, не владеющих английским языком, предоставляются бесплатные услуги переводчика. |
| **TTY** | 711. Звонок бесплатный.<br>Этот номер предназначен для лиц с проблемами слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование.<br>24 часа в сутки, 7 дней в неделю |

| **Округ Tulare** | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | Поддержка при кризисе психического здоровья: 1-800-320-1616<br>Доступ к лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ: 1-866-732-4114<br>Звонок бесплатный.<br>24 часа в сутки, 7 дней в неделю |
| **TTY** | 711. Звонок бесплатный.<br>Этот номер предназначен для лиц с проблемами слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование.<br>24 часа в сутки, 7 дней в неделю |

Свяжитесь с планом Агентства округа по оказанию услуг психиатрической, психологической и наркологической помощи, чтобы получить помощь по следующим вопросам:

- вопросы об услугах специализированной психологической и психиатрической помощи, предоставляемых округом;
- вопросы об услугах по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

веществ, предоставляемых округом;

- Для получения бесплатной конфиденциальной информации о психическом здоровье, направления к поставщикам услуг и консультаций по кризисным ситуациям в любой день или время позвоните по номеру, указанному выше для вашего округа.

## K. Департамент управляемого медицинского обслуживания штата California

Департамент управляемого медицинского обслуживания (DMHC) штата California регулирует работу планов медицинского страхования. Справочная служба департамента DMHC может оказать вам помощь в подаче апелляций и жалоб в отношении услуг в рамках Medi-Cal.

| | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-888-466-2219<br><br>Представители департамента DMHC доступны с 8:00 a.m. до 6:00 p.m. с понедельника по пятницу. |
| **TDD** | 1-877-688-9891<br><br>Этот номер предназначен для лиц с проблемами слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Help Center<br>California Department of Managed Health Care<br>980 Ninth Street, Suite 500<br>Sacramento, CA 95814-2725 |
| **ФАКС** | 1-916-255-5241 |
| **САЙТ** | www.dmhc.ca.gov/ |

## L. Программы помощи с оплатой рецептурных лекарственных препаратов

На сайте Medicare.gov (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) содержится информация о том, как снизить свои расходы на лекарства по рецепту. Для людей с ограниченными доходами существуют и другие программы помощи, описанные ниже.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

### L1. Программа «Дополнительная помощь»

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medi-Cal, вы также имеете право участвовать в программе «Дополнительная помощь» от Medicare, помогающей с оплатой ваших расходов на рецептурные лекарственные препараты. Для участия в программе «Дополнительная помощь» вам не нужно предпринимать никаких дополнительных действий.

| | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)<br>Звонки на этот номер бесплатны, звонить можно 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. |
| **TTY** | 1-877-486-2048 (звонок бесплатный)<br>Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование. |
| **САЙТ** | www.medicare.gov |

## M. Служба социального обеспечения

Служба социального обеспечения определяет наличие права на участие в программе Medicare и регистрирует участников этой программы. 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 (ESRD) и при этом соответствуют определенным условиям. Если вы уже получаете пособие по социальному страхованию, регистрация в Medicare осуществляется автоматически. Если вы не получаете пособие по социальному страхованию, вам нужно зарегистрироваться для участия в Medicare. Чтобы подать заявку на участие в программе Medicare, вы можете обратиться в Службу социального обеспечения по телефону или прийти в ее местное отделение.

Если вы переехали, или у вас изменился почтовый адрес, обязательно сообщите об этом в Службу 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>Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование. |
| **САЙТ** | www.ssa.gov/ |

## N. Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB)

Совет RRB 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 RRB, важно сообщать им о переезде или смене почтового адреса. Если у вас возникли вопросы в отношении услуг, предоставляемых советом RRB, обратитесь к представителю агентства.

| | |
|---|---|
| **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 a.m. до 3:30 p.m.; среда — с 9 a.m. до 12 p.m.<br>Нажмите «1», чтобы связаться с автоматической справочной службой совета RRB, где круглосуточно, без выходных и праздничных дней доступна записанная справочная информация. |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| | |
|---|---|
| **TTY** | 1-312-751-4701<br>Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование.<br>Звонки на этот номер *платные*. |
| **САЙТ** | www.rrb.gov |

## O. Другие ресурсы

Программа омбудсменов Medicare Medi-Cal предлагает БЕСПЛАТНУЮ помощь с получением и сохранением медицинского страхования, а также решением проблем с планами медицинского обслуживания.

Вы можете обратиться в программу, если у вас возникли проблемы со следующим:

- Программа Medi-Cal
- Программа Medicare
- ваш план медицинского страхования;
- доступ к медицинским услугам;
- подача апелляции на отказ в предоставлении услуг, лекарств, медицинского оборудования длительного пользования (DME), услуг психологической и психиатрической помощи и т. д.;
- оплата медицинских услуг;
- IHSS (услуги поддержки на дому).

Программа омбудсменов Medicare Medi-Cal оказывает помощь с подачей жалоб и апелляций, а также с разбирательствами. Телефон программы омбудсменов: 1-855-501-3077.

## P. Программа стоматологического обслуживания Medi-Cal

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

- первичный осмотр, рентгенографическое обследование, чистка и фторирование зубов
- реставрация и установка коронок
- лечение корневого канала

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- частичное и полное протезирование, а также коррекция, восстановление и перебазировка протезов

Стоматологические услуги предоставляются в рамках программ стоматологического обслуживания со сдельной оплатой Medi-Cal (FFS) и управляемого стоматологического ухода (DMC).

| | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-322-6384<br><br>Звонок бесплатный.<br><br>Представители программы стоматологического обслуживания Medi-Cal могут помочь вам с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. с понедельника по пятницу. |
| **TTY** | 1-800-735-2922<br><br>Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование. |
| **САЙТ** | smilecalifornia.org |

Вместо программы стоматологического обслуживания со сдельной оплатой Medi-Cal вы можете получать стоматологические услуги в рамках плана управляемого стоматологического ухода. Планы управляемого стоматологического ухода (DMC) 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. Контактные данные DMC также доступны здесь: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx

# Глава 3. Использование покрытия нашего плана для вашего медицинского обслуживания и других покрываемых услуг

## Введение

В этой главе содержатся конкретные условия и правила, которые необходимо знать для получения медицинского обслуживания и других покрываемых услуг в рамках нашего плана. Здесь также содержится информация о вашем координаторе медицинского обслуживания, о том, как получить помощь от разных поставщиков услуг и при определенных особых обстоятельствах (в том числе от поставщиков услуг или аптек, не сотрудничающих с планом), что делать, если непосредственно вам выставят счет за покрываемые нашим планом услуги, а также о правилах владения медицинским оборудованием длительного пользования (DME). Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

## Содержание

A. Информация об услугах и поставщиках услуг ..... 49
B. Правила получения услуг, покрываемых нашим планом страхования ..... 49
C. Координатор медицинского обслуживания ..... 52
C1. Кто такой координатор медицинского обслуживания ..... 52
C2. Как связаться со своим координатором медицинского обслуживания ..... 52
C3. Как сменить координатора медицинского обслуживания ..... 52
D. Медицинская помощь от поставщиков услуг ..... 52
D1. Помощь, предоставляемая поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) ..... 52
D2. Помощь, предоставляемая врачами узкой специализации и другими сетевыми поставщиками услуг ..... 57
D3. Если поставщик услуг перестает сотрудничать с нашим планом ..... 59
D4. Поставщики услуг, не сотрудничающие с нами ..... 61
E. Долгосрочные услуги и помощь (LTSS) ..... 61
F. Психологическая, психиатрическая и наркологическая помощь (психическое здоровье и лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ) ..... 62
F1. Услуги психологической, психиатрической и наркологической помощи в рамках Medi-

Cal, предоставляемые вне нашего плана ..... 63

G. Услуги транспортировки ..... 68

G1. Медицинская транспортировка в неэкстренных ситуациях ..... 68

G2. Немедицинская транспортировка ..... 69

H. Покрываемые услуги при неотложном состоянии, в ситуации, требующей неотложной медицинской помощи, или во время чрезвычайного положения ..... 71

H1. Помощь при неотложном состоянии ..... 71

H2. Неотложная медицинская помощь ..... 72

H3. Обслуживание во время чрезвычайного положения ..... 73

I. Что делать, если вам выставили счет за покрываемые нашим планом услуги ..... 74

I1. Что делать, если наш план не покрывает услуги ..... 74

J. *Страховое покрытие* медицинских услуг при участии в клиническом исследовании ..... 75

J1. Определение клинического исследования ..... 75

J2. Оплата услуг в случае участия в клиническом исследовании ..... 76

J3. Дополнительная информация о клинических исследованиях ..... 76

K. Порядок покрытия медицинских услуг, полученных в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения ..... 77

K1. Определение религиозного немедицинского учреждения здравоохранения ..... 77

K2. Обслуживание в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения ..... 77

L. Медицинское оборудование длительного пользования (DME) ..... 78

L1. Медицинское оборудование длительного пользования (DME) для участника нашего плана ..... 78

L2. Право собственности на медицинское оборудование длительного пользования (DME) при переходе в Original Medicare ..... 79

L3. Страховое покрытие кислородного оборудования для участника нашего плана ..... 80

L4. Кислородное оборудование при переходе в Original Medicare или другой план Medicare Advantage (MA) ..... 80

## A. Информация об услугах и поставщиках услуг

**Услуги** — это медицинское обслуживание, длительное обслуживание и поддержка (LTSS), принадлежности, психологическая, психиатрическая и наркологическая помощь, рецептурные и безрецептурные лекарства, медицинское оборудование и другие услуги. **Покрываемые услуги** — это любые такие услуги, за которые платит наш план. Покрываемые медицинские услуги, психологическая, психиатрическая и наркологическая помощь, а также длительное обслуживание и поддержка (LTSS) перечислены в **главе 4** *Справочника участника плана*. Список покрываемых рецептурных и безрецептурных препаратов см. в **главе 5** *Справочника участника плана*.

**Поставщики услуг —**это врачи, медсестры и другие люди, которые оказывают вам услуги и обеспечивают уход. К поставщикам услуг также относятся больницы, агентства по медицинскому обслуживанию на дому, клиники и другие учреждения, которые предоставляют вам медицинское обслуживание, психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь, медицинское оборудование и определенные услуги в рамках длительного обслуживания и поддержки (LTSS).

**Сетевые поставщики услуг** — это поставщики услуг, которые работают с нашим планом страхования. Эти поставщики услуг согласны принимать полную оплату услуг посредством нашего плана. Сетевые поставщики выставляют счета за предоставленные вам услуги непосредственно нам. При обращении к сетевому поставщику услуг вы обычно ничего не платите за покрываемые услуги.

## B. Правила получения услуг, покрываемых нашим планом страхования

Наш план страхования покрывает все услуги, покрываемые программой Medicare, а также большинство услуг, покрываемых программой Medi-Cal. Это также касается определенных услуг психологической, психиатрической и наркологической помощи и услуг в рамках длительного обслуживания и поддержки (LTSS).

Как правило, наш план страхования оплачивает медицинское обслуживание, психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь, а также многие услуги в рамках длительного обслуживания и поддержки (LTSS), если вы соблюдаете наши правила. Для получения покрытия в рамках нашего плана должны соблюдаться следующие условия:

- Обслуживание, которое вы получаете, должно **покрываться** планом. Это означает, что мы включили его в нашу таблицу страхового покрытия, которая приведена в **разделе D главы 4** *Справочника участника плана*.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Обслуживание должно быть **необходимым по медицинским показаниям.** Под «необходимыми по медицинским показаниям» мы подразумеваем важные услуги, оказание которых целесообразно и необходимо для спасения жизни. Обслуживание, необходимое по медицинским показаниям, требуется для предупреждения серьезного заболевания или инвалидности либо для уменьшения сильной боли, вызванной заболеванием, патологией или травмой.

- Медицинское обслуживание должно быть назначено сетевым **поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP)** или врачом, к которому он вас направил. Как участник плана страхования вы должны выбрать себе поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) из числа сетевых поставщиков услуг.

  - В большинстве случаев сетевой поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) или наш план должны дать вам разрешение, прежде чем вы сможете обратиться к поставщику услуг, который не является вашим PCP, или к другим сетевым поставщикам услуг. Это называется **направлением**. Если вы не получите разрешение, мы можем не покрыть услуги.

  - Поставщики первичного медицинского обслуживания (PCP), сотрудничающие с нашим планом, связаны с медицинскими группами. Вместе с поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) вы выбираете связанную с ним медицинскую группу. Это означает, что ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) дает вам направления для обращения к врачам узкой специализации и получения услуг, которые также связаны с его медицинской группой. Медицинская группа — это группа работающих вместе поставщиков первичного медицинского обслуживания (PCP), врачей узкой специализации и других поставщиков медицинских услуг, которые заключили договор о сотрудничестве с нашим планом.

  - Для получения экстренной или неотложной медицинской помощи, посещения гинеколога, а также иных услуг, перечисленных в **разделе D1** этой главы, направление поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) не требуется.

- **Вы должны получать обслуживание у сетевых поставщиков услуг, которые связаны с медицинской группой вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)**. Как правило, мы не покрываем обслуживание от поставщика, который не сотрудничает с нашим планом страхования и медицинской группой вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Это означает, что вам потребуется полностью оплатить услуги, полученные у такого поставщика услуг. Вот некоторые исключения из этого правила:

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Мы покрываем экстренную и неотложную медицинскую помощь, оказанную внесетевым поставщиком услуг (более подробную информацию см. в **разделе H** этой главы).
- Если вам требуется медицинское обслуживание, которое наш план покрывает, но сетевые поставщики услуг не могут его предоставить, вы можете обратиться к внесетевому поставщику услуг. Перед обращением к внесетевому поставщику услуг потребуется получить предварительное разрешение (PA). Когда предварительное разрешение будет одобрено, мы уведомим об этом поставщика услуг, который его запросил, и поставщика услуг, к которому вам нужно обратиться. В таком случае мы полностью покроем стоимость услуги.
- Мы покрываем услуги по диализу почек, когда вы кратковременно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или если ваш поставщик услуг временно недоступен. Вы можете получить эти услуги в учреждении, где проводят диализ, сертифицированном программой Medicare.
- Когда вы впервые становитесь участником нашего плана, вы можете попросить нас разрешить вам по-прежнему обращаться к вашим текущим поставщикам услуг. За некоторыми исключениями мы должны одобрить такой запрос, если установим, что вы уже обращались к этому поставщику услуг. См. **главу 1** *Справочника участника плана*. Если мы одобрим ваш запрос, вы можете по-прежнему обращаться к своим поставщикам услуг в течение не более 12 месяцев. В этот период ваш координатор медицинского обслуживания свяжется с вами, чтобы помочь вам найти сотрудничающих с нами поставщиков услуг, которые связаны с медицинской группой вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Через 12 месяцев мы прекратим покрывать ваше обслуживание, если вы продолжаете обращаться к поставщикам услуг, которые не сотрудничают с планом и не связаны с медицинской группой вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP).

**Новые участники плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)**: в большинстве случаев вы будете зарегистрированы в плане Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) для получения услуг в рамках Medicare в 1-й день месяца, следующего за месяцем, в котором вы подали запрос на вступление в план Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Вы можете продолжить получать услуги Medi-Cal в рамках вашего предыдущего плана Medi-Cal в течение еще одного месяца. После этого вы станете получать услуги Medi-Cal через Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). В вашем покрытии Medi-Cal не будет перерыва. Позвоните нам по номеру 1-800-431-9007 (TTY 711), если у вас возникли какие-либо вопросы. С 1 октября по 31 марта наши 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.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

# C. Координатор медицинского обслуживания

## C1. Кто такой координатор медицинского обслуживания

Координатор медицинского обслуживания — это основной специалист, который сотрудничает с вами, планом медицинского страхования и вашими поставщиками услуг с целью гарантировать получение вами необходимого медицинского обслуживания. Координатор медицинского обслуживания помогает организовать медицинское обслуживание в соответствии с вашими медицинскими потребностями. Он вместе с вами составляет план медицинского обслуживания. Он может помочь вам решить, кто будет включен в вашу группу медицинского обслуживания. Ваш координатор медицинского обслуживания вам информацию, необходимую для управления вашим медицинским обслуживанием. Кроме того, он помогает вам принимать правильные решения.

## C2. Как связаться со своим координатором медицинского обслуживания

Отдел обслуживания участников может помочь вам связаться с координатором медицинского обслуживания. Координатор медицинского обслуживания поможет вам в удовлетворении ваших потребностей в медицинском обслуживании. Наша группа координации медицинского обслуживания может позвонить вам, чтобы спросить, хотите ли вы поговорить с менеджером по медицинскому обслуживанию.

## C3. Как сменить координатора медицинского обслуживания

Если вы хотите сменить координатора медицинского обслуживания, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

# D. Медицинская помощь от поставщиков услуг

## D1. Помощь, предоставляемая поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP)

Вы должны выбрать поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), который будет предоставлять вам обслуживание и управлять им. Поставщики первичного медицинского обслуживания (PCP), сотрудничающие с нашим планом, связаны с медицинскими группами. Вместе с поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) вы выбираете связанную с ним медицинскую группу.

**Определение термина «поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP)» и обязанности PCP**

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Становясь участником нашего плана, вы должны выбрать сетевого поставщика услуг по плану Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), который будет вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP). Вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) должен быть врач, отвечающий требованиям штата и имеющий подготовку, необходимую для оказания вам базовой медицинской помощи. Такими врачами могут быть врачи общей практики, семейные врачи и врачи-терапевты. Женщины могут выбирать акушера-гинеколога (OB/GYN) в качестве своего поставщика первичного медицинского обслуживания.

Основной объем планового или базового медицинского обслуживания вы получаете от своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) будет помогать вам организовать остальные покрываемые услуги, получаемые вами как участником нашего плана страхования. Покрытие включает:

- рентгеновские обследования;
- лабораторные исследования;
- различные виды терапии;
- услуги докторов, являющихся врачами узкой специализации;
- 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 получения определенных видов покрываемых услуг или принадлежностей необходимо, чтобы ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) выдал вам соответствующее предварительное одобрение (например, направление к врачу узкой специализации). Для некоторых услуг 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 или в вашу медицинскую группу 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.

В соответствии с пояснениями выше, как правило, большую часть планового медицинского обслуживания вы получаете у своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Если ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) считает, что вам нужна специализированная помощь, он или она должны выдать вам направление к сотрудничающему с

планом врачу узкой специализации или к другим конкретным поставщикам услуг (т. е. предварительное одобрение). В соответствии с пояснениями ниже, существует лишь несколько типов покрываемых услуг, которые вы можете получать без разрешения поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP).

Поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) есть у каждого участника плана страхования. В качестве поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) может выступать даже клиника. Женщины могут выбрать своим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) сотрудничающего с планом акушера-гинеколога (OB/GYN) или клинику по планированию семьи. Вы можете выбрать в качестве поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) медицинского специалиста, не являющегося врачом. К таким медицинским специалистам, не являющимся врачами, относятся: сертифицированные сестры-акушерки, сертифицированные квалифицированные медсестры и помощники врача. Для вас будет назначен контролирующий поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP), но вы продолжите получать услуги у выбранного вами медицинского специалиста, не являющегося врачом. Вы можете поменять выбранного медицинского специалиста, поменяв контролирующего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). На вашей ID-карте будет напечатано имя поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), контролирующего работу выбранного вами врача узкой специализации. Вашим поставщиком первичных медицинских услуг (PCP) может быть и врач узкой специализации. Врачи узкой специализации должны выразить свое согласие, а также иметь возможность предоставлять необходимую вам медицинскую помощь.

**Выбор федерального медицинского центра (FQHC) или сельской клиники (RHC) в качестве вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)**

Федеральный медицинский центр (FQHC) и сельская клиника (RHC) — это клиники, которые могут выступать вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP). Федеральные медицинские центры (FQHC) и сельские клиники (RHC) представляют собой медицинские центры, оказывающие первичную медицинскую помощь. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать названия и адреса федеральных медицинских центров (FQHC) и сельских клиник (RHC), которые сотрудничают с планом Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), или найдите их в Каталоге поставщиков услуг и аптек.

**Ваш выбор поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)**

При вступлении в наш план вы выбираете медицинскую группу, имеющую с нами договор. Медицинская группа — это группа работающих вместе поставщиков первичного медицинского обслуживания (PCP), врачей узкой специализации и других поставщиков медицинских услуг, которые заключили договор о сотрудничестве с нашим планом. Кроме того, вы выбираете поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) из этой медицинской группы. Выбирайте врача первичного обслуживания, до кабинета которого вам легко добраться. Вы можете попросить

предоставить вам поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), который находится в пределах 10 миль или 30 минут езды от вашего дома или места работы. Информацию о медицинских группах (и связанных с ними поставщиках первичного медицинского обслуживания (PCP) и больницах) см. в Каталоге поставщиков услуг и аптек или на нашем веб-сайте www.2025wellcaredirectories.com.

Чтобы подтвердить доступность поставщика услуг или запросить конкретного поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.

Все медицинские группы и поставщики первичного медицинского обслуживания (PCP) направляют пациентов к определенным сотрудничающим с планом врачам узкой специализации и в определенные больницы, сотрудничающие с ними. Если вы хотите лечиться у конкретного врача узкой специализации или в конкретной больнице из числа сотрудничающих с нашим планом, сначала убедитесь, что этот врач узкой специализации или эта больница входят в медицинскую группу и сеть вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Имя вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) и номер телефона его кабинета напечатаны на вашей карте участника нашего плана.

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, которые расположены недалеко от вашего дома.

Информацию о том, как сменить поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), см. ниже под заголовком «Возможность сменить поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)».

**Возможность сменить 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 перестать сотрудничать с нашим планом страхования. Если ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) выходит из нашей сети, мы поможем вам найти нового PCP.

Ваш запрос вступит в силу в первый день месяца, следующего за месяцем, в который наш план получил ваш запрос. Чтобы сменить своего PCP, позвоните в отдел обслуживания участников плана в нижней части страницы.

При обращении к нам обязательно сообщите нам, посещаете ли вы врачей узкой специализации

либо получаете ли иные покрываемые услуги, требующие одобрения поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) (например, услуги по уходу на дому или медицинское оборудование длительного пользования).
Отдел обслуживания участников плана сообщит вам, как продолжить получать специализированное медицинское обслуживание и другие уже оказываемые вам услуги при переходе к другому поставщику первичного медицинского обслуживания (PCP). Кроме того, сотрудники отдела проверят, принимает ли новых пациентов тот поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP), к которому вы хотите перейти. Отдел обслуживания участников плана поменяет указанное в вашем деле имя поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) и сообщит вам, когда переход к новому PCP вступит в силу.

Кроме того, вам отправят новую карту участника плана, на которой будут указаны имя и номер телефона вашего нового поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP).

Поставщики первичного медицинского обслуживания (PCP), сотрудничающие с нашим планом, связаны с медицинскими группами. Меняя поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), вы, возможно, также меняете медицинскую группу. Когда вы запрашиваете смену поставщика услуг, обязательно сообщите сотрудникам отдела обслуживания участников плана, посещаете ли вы врача узкой специализации или получаете ли иные покрываемые услуги, требующие одобрения поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Отдел обслуживания участников плана поможет вам продолжить получать специализированное медицинское обслуживание и другие услуги при переходе к другому поставщику первичного медицинского обслуживания (PCP).

### Услуги, доступные вам без разрешения вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)

В большинстве случаев, вам нужно получить разрешение вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP),

прежде чем обратиться к другим поставщикам услуг. Это разрешение называется **направлением**. Ниже перечислены услуги, для получения которых предварительное разрешение вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)

не требуется:

- экстренная медицинская помощь, оказываемая сетевыми или внесетевыми поставщиками услуг;
- неотложная медицинская помощь, оказываемая сетевыми поставщиками услуг;
- неотложная медицинская помощь, оказываемая внесетевыми поставщиками услуг в случае, когда вы не можете обратиться к сетевому поставщику услуг (например, если вы находитесь

за пределами зоны обслуживания нашего плана страхования).

**Примечание.** Неотложная медицинская помощь — это помощь, которая требуется вам немедленно и при этом необходима по медицинским показаниям.

- Услуги по диализу почек, предоставляемые в специализированном учреждении, сертифицированном Medicare, если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана страхования. Если вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана до того, как покинете зону обслуживания, мы поможем организовать вам диализ на время вашего отсутствия.
- Прививки от гриппа, COVID-19, а также гепатита B и пневмонии при условии, что вы получаете их у сетевого поставщика услуг.
- Стандартное медицинское обслуживание женщин и услуги по планированию семьи. Эти услуги включают обследование молочных желез, скрининговые маммограммы (рентген молочной железы), мазок Папаниколау и гинекологические обследования, если вы получаете эти услуги от сетевого поставщика.
- Кроме того, если вы являетесь участником программы American Indian, вы имеете право получать покрываемые услуги у выбранного вами поставщика медицинских услуг для индейцев (Indian Health Care) без получения предварительного разрешения или направления от поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP).

## D2. Помощь, предоставляемая врачами узкой специализации и другими сетевыми поставщиками услуг

Врач узкой специализации — это врач, который предоставляет медицинские услуги по лечению определенного заболевания или части тела. Существует много разных врачей узкой специализации, например:

- Онкологи — лечат пациентов с раковыми заболеваниями.
- Кардиологи — лечат пациентов с заболеваниями сердца.
- Ортопеды — лечат пациентов с заболеваниями костей, суставов или мышц.

Как правило, прежде чем обратиться к врачу узкой специализации, вы должны получить на это письменное разрешение своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) (это называется получением «направления» к врачу узкой специализации). Крайне важно получать направление (предварительное одобрение) от своего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), прежде чем обращаться к сотрудничающему с планом врачу узкой специализации или некоторым другим поставщикам услуг (действует несколько исключений, в том числе в отношении планового обслуживания в области женского здоровья). Если перед получением услуг врача узкой специализации вы не получили письменное направление (предварительное одобрение), вам, возможно, придется оплатить эти услуги самостоятельно.

Если врач узкой специализации считает, что вам необходимо дополнительное обслуживание в рамках последующих приемов, сначала убедитесь в том, что выданное вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) письменное направление (предварительное одобрение) на первый прием покрывает и последующие приемы врача узкой специализации.

Все медицинские группы и поставщики первичного медицинского обслуживания (PCP) направляют пациентов к определенным сотрудничающим с планом врачам узкой специализации 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 врачам узкой специализации и в какие больницы вы можете обращаться. Если вы хотите лечиться у конкретных врачей узкой специализации 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 врачу узкой специализации или в больницу, для посещения которых ваш текущий PCP не может выдать направление. О том, как сменить поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), говорится в этой главе в разделе «Возможность сменить поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP)».

Для некоторых видов услуг требуется заранее получить письменное одобрение от нашего плана страхования или вашей медицинской группы (это называется получением «предварительного разрешения»). Предварительное разрешение подразумевает процедуру получения одобрения, прежде чем вам будут оказаны определенные услуги. Если необходимая вам услуга требует предварительного разрешения, ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) или другой сетевой поставщик услуг запрос на предварительное разрешение в наш план страхования или в вашу медицинскую группу. Этот запрос будет изучен, и решение (заключение организации) будет отправлено вам и вашему поставщику услуг. Список конкретных услуг, требующих предварительного разрешения, см. в таблице страхового покрытия в **главе 4** данной брошюры.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Письменное направление может выдаваться на один прием или действовать постоянно, если вам необходимы услуги на продолжительное время, требующие более одного приема. Мы должны выдать вам постоянное действующее направление к квалифицированному врачу узкой специализации при наличии одного из следующих состояний:

- хроническое (продолжительное) заболевание;
- психическое или физическое заболевание, представляющее угрозу для жизни;
- дегенеративное заболевание или инвалидность;
- любое иное состояние или заболевание, достаточно серьезное или сложное, чтобы требовать лечения у врача узкой специализации.

Если вы не получите письменное направление, когда оно требуется для получения услуги, счет за услугу может быть не оплачен. Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части этой страницы.

Если мы не можем подобрать вам квалифицированного сетевого поставщика услуг, мы должны дать вам постоянно действующее разрешение на получение услуг квалифицированного врача узкой специализации при наличии одного из следующих состояний:

- хроническое (продолжительное) заболевание;
- психическое или физическое заболевание, представляющее угрозу для жизни;
- дегенеративное заболевание или инвалидность;
- любое иное состояние или заболевание, достаточно серьезное или сложное, чтобы требовать лечения у врача узкой специализации.

Если вы не получите от нас разрешение на получение услуг, когда оно требуется для получения услуги, счет за услугу может быть не оплачен. Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, напечатанному в нижней части этой страницы.

## D3. Если поставщик услуг перестает сотрудничать с нашим планом

Сетевой поставщик услуг, к которому вы обращаетесь, может перестать сотрудничать с нашим планом страхования. Если один из ваших поставщиков услуг покидает наш план, у вас есть определенные права и средства защиты, которые описаны ниже:

- Даже если в нашей сети поставщиков услуг происходят изменения в течение года, мы обязаны предоставить вам беспрерывный доступ к квалифицированным поставщикам услуг.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- 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 поставщик услуг психологической, психиатрической и наркологической помощи 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, который продолжит предоставлять вам необходимое медицинское обслуживание.
- Если в настоящее время вы проходите необходимое по медицинским показаниям лечение у вашего текущего поставщика услуг, вы имеете право требовать его непрерывности, при этом мы со своей стороны постараемся обеспечить вам такую непрерывность.
- Мы предоставим вам информацию о различных периодах регистрации, доступных для вас, и о возможных вариантах смены плана.
- Если мы не можем подобрать вам доступного квалифицированного сетевого врача узкой специализации, то в случаях, когда сетевой поставщик услуг или сама услуга недоступны или не соответствуют вашим медицинским потребностям, мы должны организовать обслуживание у внесетевого врача узкой специализации. Вы должны заранее получить соответствующее письменное одобрение, иначе счет за услугу не будет оплачен.

- Если вы считаете, что мы не заменили вашего предыдущего поставщика услуг новым квалифицированным поставщиком услуг или что ваше медицинские обслуживание организовано ненадлежащим образом, у вас есть право подать жалобу на качество обслуживания в QIO, претензию на качество обслуживания или и то, и другое. (Дополнительную информацию см. в **главе 9**.)

Если вам станет известно, что один из ваших поставщиков услуг покидает наш план, свяжитесь с нами. Мы поможем вам найти нового поставщика услуг и получить необходимое обслуживание. Для связи с нами воспользуйтесь информацией, представленной в нижней части этой страницы.

### D4. Поставщики услуг, не сотрудничающие с нами

Вы можете обращаться к внесетевому поставщику услуг без направления или предварительного разрешения для получения экстренной или неотложной медицинской помощи. Услуги диализа для участников плана с ESRD, выехавших за пределы зоны обслуживания плана, также покрываются без предварительного разрешения.

- В остальных случаях для обращения к внесетевому поставщику услуг необходимо получить письменное предварительное одобрение. Мы не можем оплатить услуги внесетевого поставщика услуг, если для таких услуг не было получено одобрение.
- Если вы обратитесь к поставщику услуг без получения одобрения, вам придется оплатить полную стоимость полученных услуг самостоятельно.

Если вы обращаетесь к внесетевому поставщику услуг, он должен соответствовать критериям для участия в программе Medicare и/или Medi-Cal.

- Мы не можем оплатить услуги поставщика услуг, который не соответствует критериям для участия в программе Medicare и/или Medi-Cal.
- Если вы обращаетесь к поставщику услуг, который не соответствует критериям для участия в программе Medicare, вам придется оплатить полную стоимость полученных услуг самостоятельно.
- Если поставщик услуг не соответствует критериям для участия в программе Medicare, он должен сообщить вам об этом.

## E. Долгосрочные услуги и помощь (LTSS)

Длительное обслуживание и поддержка (Long-term services and supports, LTSS) помогают вам

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

продолжать жить дома и избежать пребывания в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода. У вас есть доступ к определенным услугам в рамках длительного обслуживания и поддержки (LTSS) через наш план страхования, включая обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода, услуги для взрослых пациентов по месту жительства (CBAS) и услуги поддержки по месту жительства. Еще один тип длительного обслуживания и поддержки (LTSS) — это программа поддержки на дому, предоставляемая отделением социальных служб вашего округа.

Чтобы получить LTSS, вы должны соответствовать клиническим критериям для любой 1 (одной) или нескольких из следующих категорий:

1. Участники, которые соответствуют уровню обслуживания в учреждении сестринского ухода уровня A (NF-A) или выше, а также критериям соответствия и необходимости по медицинским показаниям.
2. Лица с органическими, приобретенными или травматическими повреждениями мозга и/или хроническими психическими заболеваниями, которым требуется помощь или надзор при выполнении определенных видов повседневной деятельности или определенных инструментальных действий по самообслуживанию.
3. Участники плана с болезнью Альцгеймера или другим типом деменции умеренной или тяжелой степени, которые находятся на стадии 5, стадии 6 или стадии 7.
4. Участники плана с легкими когнитивными нарушениями, включая болезнь Альцгеймера или другие типы деменции умеренной степени, которые соответствуют стадии 4 болезни Альцгеймера.
5. Лица с нарушениями развития, которые соответствуют критериям и условиям получения помощи от регионального центра.

Чтобы узнать больше о том, как получить LTSS, обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, указанному в нижней части страницы. Для получения дополнительной информации о программе оказания услуг поддержки на дому (IHSS) см. **раздел F4 главы 4**.

## F. Психологическая, психиатрическая и наркологическая помощь (психическое здоровье и лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ)

У вас есть доступ к необходимым по медицинским показаниям услугам психологической, психиатрической и наркологической помощи, покрываемым программами Medicare и Medi-Cal. Мы предоставляем доступ к услугам психологической, психиатрической и наркологической помощи, покрываемым программой Medicare и программой управляемого медицинского обслуживания Medi-

Cal. Наш план страхования не предоставляет специализированные услуги в сфере психического здоровья по программе Medi-Cal или доступные в вашем округе услуги лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ; однако такие услуги доступны вам через управление вашего округа по вопросам психического здоровья.

## F1. Услуги психологической, психиатрической и наркологической помощи в рамках Medi-Cal, предоставляемые вне нашего плана

При соответствии определенным критериям вам может быть доступна специализированная психологическая и психиатрическая помощь в рамках программы Medi-Cal через план психологической и психиатрической помощи (MHP) вашего округа. Специализированная психологическая и психиатрическая помощь в рамках программы Medi-Cal, предоставляемая организациями, перечисленными в таблице ниже, предполагает следующие услуги:

- услуги психиатрической помощи;
- услуги поддержки при приеме лекарств;
- интенсивное лечение в дневное время;
- реабилитация в центре дневного пребывания;
- вмешательство при кризисной ситуации;
- стабилизация состояния при кризисной ситуации;
- услуги центров лечения взрослых с проживанием;
- услуги кризисных центров с проживанием;
- услуги психиатрического учреждения;
- стационарные услуги психиатрической больницы;
- целевая координация медицинского обслуживания;
- услуги взаимопомощи;
- услуги по вмешательству при кризисной ситуации по месту жительства.
- терапевтические услуги психологической, психиатрической и наркологической помощи;
- координация интенсивной терапии;
- услуги интенсивной терапии на дому.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Услуги в рамках организованной системы доставки лекарств Medi-Cal предоставляются через поставщиков услуг программы Medi-Cal со сдельной оплатой (FFS) при условии, что вы соответствуете критериям для получения этих услуг. Услуги в рамках Drug Medi-Cal предоставляются:

| **Округ** | **Агентство** |
|---|---|
| Los Angeles | Программа по предотвращению и контролю злоупотребления психоактивными веществами (SAPC) Управления здравоохранения округа Los Angeles |
| Sacramento | Услуги по предотвращению и лечению злоупотребления психоактивными веществами Департамента здравоохранения |
| Tulare | Услуги профилактики, лечения и реабилитации при зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ (AOD) |

- услуги интенсивного амбулаторного лечения;
- лечение расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, в перинатальном периоде в реабилитационном центре;
- услуги амбулаторного лечения;
- программа лечения наркозависимости;
- препараты для лечения зависимости (другое название — заместительная терапия);
- услуги взаимопомощи;
- услуги по вмешательству при кризисной ситуации по месту жительства.

Услуги в рамках Drug Medi-Cal Organized Delivery System включают следующие:

- услуги амбулаторного лечения;
- услуги интенсивного амбулаторного лечения;
- услуги частичной госпитализации;
- препараты для лечения зависимости (другое название — заместительная терапия);
- услуги центров лечения с проживанием;
- услуги по выведению из абстинентных состояний;

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- программа лечения наркозависимости;
- услуги реабилитации;
- координация медицинского обслуживания;
- услуги взаимопомощи;
- услуги по вмешательству при кризисной ситуации по месту жительства.
- услуги по управлению кризисными жизненными ситуациями.

Помимо услуг, перечисленных выше, вы можете иметь доступ к стационарным услугам добровольной детоксикации при условии соответствия критериям.

Вы также будете иметь доступ к необходимым по медицинским показаниям услугам психологической, психиатрической и наркологической помощи, которые покрываются программой Medicare и предоставляются планом Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Услуги психологической, психиатрической и наркологической помощи включают, помимо прочего, следующие:

- Амбулаторные услуги: амбулаторное вмешательство при кризисной ситуации, краткосрочные оценка состояния и лечение, долгосрочное специализированное лечение и любая реабилитационная помощь, связанная с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ.
- Стационарные услуги и принадлежности: размещение в двух- или многоместной палате, в том числе в специализированном отделении, принадлежности и вспомогательные услуги, которые обычно предоставляются в учреждении.
- Стационарный и альтернативные уровни ухода: частичная госпитализация и услуги интенсивного амбулаторного лечения в учреждении, сертифицированном Medicare.
- Детоксикация: стационарные услуги в целях экстренной детоксикации и лечения острых заболеваний, связанных с расстройством, вызванным употреблением психоактивных веществ.
- Услуги экстренной медицинской помощи: скрининг, осмотр и оценка состояния с целью установить наличие заболевания, требующего экстренной психиатрической помощи, а также уход и лечение, необходимые для купирования или ликвидации заболевания, требующего экстренной психиатрической помощи.

Информацию о поставщиках услуг см. в Каталоге поставщиков услуг и аптек. Вы также можете обратиться в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

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. Либо посетите наш веб-сайт по адресу www.2025wellcaredirectories.com.

**Исключения и ограничения в отношении психологической, психиатрической и наркологической помощи**

Список исключений и ограничений в отношении психологической, психиатрической и наркологической помощи см. в **разделе G главы 4**: «Услуги, *не* покрываемые нашим планом страхования, Medicare или Medi-Cal».

**Процедура определения необходимости психологической, психиатрической и наркологической помощи по медицинским показаниям**

Для покрытия определенных услуг и принадлежностей в рамках психологической, психиатрической и наркологической помощи требуется разрешение от плана страхования. Подробнее об услугах, для которых может требоваться предварительное разрешение, см. в **разделе D главы 4**. Для получения предварительного разрешения в отношении таких услуг следует звонить в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 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. Сотрудник плана страхования направит вас к ближайшему сотрудничающему с планом специалисту в сфере психического здоровья, который проведет оценку вашего состояния и определит, нуждаетесь ли вы в дополнительном лечении. Если вам требуется лечение, сотрудничающий с планом специалист в сфере психического здоровья составит план лечения и отправит его на утверждение в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Представленные в плане лечения услуги будут покрыты при условии получения разрешения от плана страхования. Если план страхования не утвердит план лечения, никакие дополнительные услуги или принадлежности для данного заболевания покрываться не будут. Однако план страхования может направить вас для получения необходимого обслуживания в департамент психического здоровья округа.

**Договоренность о выдаче направлений между Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) и Департаментом психического здоровья (DMH) округа Los Angeles, Департаментом общественного здравоохранения (Программа по предотвращению и контролю злоупотребления психоактивными веществами) (DPH/SAPC) округа Los Angeles, Департаментом психического здоровья округа Riverside, Департаментом психического здоровья округа San Bernadino и Службой охраны психического здоровья округа San Diego:**

Направление на получение услуг в сфере психического здоровья могут запрашивать разные лица, в том числе: работающие в округе поставщики услуг психологической, психиатрической и

наркологической помощи, работающие в округе координаторы медицинского обслуживания, поставщики первичного медицинского обслуживания (PCP), сами участники и члены их семей. Для получения направления перечисленные лица могут связаться с нами по номеру, указанному на вашей ID-карте участника плана или в нижней части этой страницы. Мы подтвердим наличие права на получение таких услуг и предоставим соответствующее разрешение.

Вместе с представителями округа мы обеспечим выдачу необходимого направления и координацию вашего медицинского обслуживания.

Получать направления в службы округа, предоставляющие специализированную психологическую, психиатрическую и/или наркологическую помощь, вы можете самостоятельно.

Координация медицинского обслуживания включает при необходимости согласование услуг с поставщиками первичного медицинского обслуживания (PCP), работающими в округе поставщиками услуг психологической, психиатрической и наркологической помощи, работающими в округе координаторами медицинского обслуживания, вами, вашей семьей и ухаживающими за вами лицами.

**Порядок действий при наличии проблемы или жалобы в отношении услуг психологической, психиатрической и наркологической помощи**

Процедура подачи апелляции по поводу страхового покрытия услуг, о которых говорится в этом разделе, не отличается от соответствующей процедуры по поводу любого другого покрытия. Информацию о процедуре подачи жалоб см. в **разделе K главы 9**.

Непрерывность обслуживания участников плана, которым уже оказывают услуги психологической, психиатрической и наркологической помощи

Если вам в настоящее время оказывают услуги психологической, психиатрической и наркологической помощи, вы можете попросить нас разрешить вам по-прежнему обращаться к тому же поставщику услуг. Мы обязаны одобрить такой запрос, если вы можете доказать, что в течение 12 месяцев, предшествующих вступлению в наш план, вы уже взаимодействовали с этим поставщиком услуг. В случае одобрения вашего запроса вы можете продолжать обращаться к этому поставщику услуг в течение периода до 12 месяцев. По прошествии первых 12 месяцев мы можем перестать покрывать обслуживание, если вы продолжаете обращаться к внесетевому поставщику услуг. Для получения помощи с подачей запроса позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

# G. Услуги транспортировки

## G1. Медицинская транспортировка в неэкстренных ситуациях

Вы имеете право на неэкстренную медицинскую транспортировку, если ваши медицинские потребности не позволяют вам воспользоваться автомобилем, автобусом или такси, чтобы попасть на прием к врачу. Неэкстренную медицинскую транспортировку можно использовать для получения таких покрываемых услуг, как медицинское обслуживание, стоматологические услуги, психологическая, психиатрическая или наркологическая помощь либо посещение аптеки. Если вам нужна неэкстренная медицинская транспортировка, обратитесь к своему поставщику первичного медицинского обслуживания (PCP) с соответствующим запросом. Ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) подберет оптимальный тип транспортировки с учетом ваших потребностей. Он или она заполнит соответствующую форму и отправит ее на одобрение в план Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), чтобы вам предоставили неэкстренную медицинскую транспортировку. В зависимости от ваших медицинских потребностей вы можете получить одобрение, действующее до одного года. Каждые 12 месяцев ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) будет проводить повторную оценку вашей потребности в неэкстренной медицинской транспортировке с целью получить повторное одобрение.

Неэкстренная медицинская транспортировка выполняется на машине скорой помощи, автомобиле для перевозки лежачих больных или автомобиле, оборудованном для перевозки инвалидных колясок, а также воздушным транспортом. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) утверждает покрываемый способ неэкстренной медицинской транспортировки, имеющий наименьшую стоимость и при этом наиболее соответствующий вашим медицинским потребностям, чтобы вы могли попасть на прием. Например, если у вас имеется физическая возможность и отсутствуют медицинские противопоказания совершить поездку на автомобиле, оборудованном для перевозки инвалидных колясок, Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) не будет оплачивать машину скорой помощи. Вы имеете право на транспортировку по воздуху только в случае, если ваше заболевание не позволяет перевозить вас на любом наземном транспорте.

Неэкстренную медицинскую транспортировку необходимо использовать в следующих случаях:

- У вас есть физическая или медицинская потребность в такой транспортировке, подтвержденная письменным разрешением вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), поскольку вы не можете воспользоваться автобусом, такси, автомобилем или микроавтобусом, чтобы попасть на прием.
- Вам нужна помощь водителя, чтобы совершить посадку и высадку у своего дома, медицинского учреждения, в транспортное средство или из него в связи с наличием физических или умственных ограничений.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Чтобы запросить назначенную вашим врачом медицинскую транспортировку к месту проведения несрочного **планового приема**, позвоните в план Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711) не менее чем за 72 часа до приема (с понедельника по пятницу). Если **прием срочный**, позвоните при первой возможности. Во время звонка держите наготове свою ID-карту участника плана. Вы также можете позвонить, если вам нужна дополнительная информация. С 1 октября по 31 марта наши 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.

**Ограничения в отношении медицинской транспортировки**

План Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) покрывает медицинскую транспортировку от вашего дома до ближайшего ведущего прием поставщика услуг, имеющую наименьшую стоимость и при этом соответствующую вашим медицинским потребностям. Медицинская транспортировка не будет предоставлена, если она необходима для получения услуги, которая не покрывается программой Medicare или Medi-Cal. Если цель поездки покрывается программой Medi-Cal, но не планом медицинского страхования, Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) поможет вам только забронировать транспортировку. Список покрываемых услуг см. в **главе 4** данного справочника. Транспортировка во внесетевые учреждения и вне зоны обслуживания плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) не покрывается, если только не было получено предварительное разрешение.

## G2. Немедицинская транспортировка

Немедицинская транспортировка подразумевает поездку к месту получения услуги, утвержденной вашим поставщиком услуг, и обратно. Вам может быть бесплатно предоставлена поездка в следующих целях:

- Поездка к месту получения услуги, утвержденной вашим поставщиком услуг, и обратно или
- Получение препаратов по рецепту и принадлежностей.

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) позволяет использовать автомобиль, такси, автобус или другой общественный/частный транспорт для поездки с целью получения немедицинских услуг, утвержденных вашим поставщиком услуг. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) использует услуги Access2Care для организации немедицинской транспортировки, покрываемой по программе Medicare, и ModivCare — для немедицинской транспортировки, покрываемой по программе Medi-Cal. Мы покрываем тип немедицинской транспортировки, имеющий наименьшую стоимость и при этом соответствующий вашим потребностям.

В некоторых случаях вам доступно возмещение расходов на организованные вами поездки на частном транспорте. План Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) должен утвердить такое возмещение

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

расходов **до** совершения поездки, при этом вы должны сообщить нам, почему не можете воспользоваться другим видом транспорта, например, автобусом. Вы можете сообщить об этом по телефону, по электронной почте или лично. **Вы не можете получить возмещение расходов, если управляете автомобилем самостоятельно**.

Для возмещения стоимости топлива необходимо предоставить все следующие документы:

- Водительское удостоверение водителя.
- Свидетельство о регистрации транспортного средства водителя.
- Страховой полис на автомобиль водителя.

Чтобы запросить утвержденную поездку к месту получения услуг, позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711) не менее чем за 72 часа до приема (с понедельника по пятницу). Если **прием срочный**, позвоните при первой возможности. Во время звонка держите наготове свою ID-карту участника плана. Вы также можете позвонить, если вам нужна дополнительная информация.

**Примечание.** Участники-представители коренных народов Америки могут обращаться за немедицинской транспортировкой в местную клинику, работающую по программе здравоохранения индейцев.

**Ограничения в отношении немедицинской транспортировки**

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) покрывает немедицинскую транспортировку от вашего дома до ближайшего ведущего прием поставщика услуг, имеющую наименьшую стоимость и при этом соответствующую вашим потребностям. **Вы не можете управлять автомобилем самостоятельно или напрямую получать возмещение расходов.**

Немедицинская транспортировка **не** распространяется на следующие случаи:

- Для получения услуги требуется машина скорой помощи, автомобиль для перевозки лежачих больных, автомобиль, оборудованный для перевозки инвалидных колясок, или иной способ неэкстренной медицинской транспортировки.
- Вам нужна помощь водителя, чтобы совершить посадку и высадку у своего дома, медицинского учреждения, в транспортное средство или из него в связи с наличием физических ограничений или заболевания.
- Вы пользуетесь инвалидной коляской и не можете без помощи водителя сесть в транспортное средство и выбраться из него.
- Эта услуга не покрывается программой Medicare или Medi-Cal.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

# H. Покрываемые услуги при неотложном состоянии, в ситуации, требующей неотложной медицинской помощи, или во время чрезвычайного положения

## H1. Помощь при неотложном состоянии

Неотложным называется состояние, сопровождающееся такими симптомами, как сильная боль или серьезная травма. Это состояние должно быть настолько серьезным, чтобы вы или любой человек с обычным уровнем знаний о здоровье и медицине имели основания полагать, что отсутствие незамедлительного медицинского вмешательства может привести к одному из следующих результатов:

- серьезный риск для вашего здоровья или для здоровья плода; **или**
- серьезное нарушение функций организма; **или**
- серьезное нарушение функций какого-либо органа или части тела; **или**
- В случае активных родовых схваток у беременной женщины, когда:
  - недостаточно времени на вашу безопасную транспортировку в другую больницу до начала родов;
  - Перевозка в другую больницу может представлять серьезную угрозу для вашего здоровья или безопасности либо здоровья и безопасности плода.

При состояниях, требующих экстренной медицинской помощи:

- **Постарайтесь как можно скорее получить помощь.** Позвоните по номеру 911 либо обратитесь в ближайшее отделение неотложной помощи или в больницу. Вызовите «скорую помощь» в случае необходимости. Вам **не** нужно получать разрешение или направление от поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Вам необязательно обращаться к сетевому поставщику услуг. Вы можете получить экстренную медицинскую помощь в любой точке США или их территорий либо по всему миру, а также у любого поставщика услуг с соответствующей государственной лицензией.

**Покрываемые услуги при неотложном состоянии**

Если вам нужна машина скорой помощи, чтобы попасть в отделение неотложной помощи, наш план страхования покроет эту услугу. Мы также покрываем медицинские услуги в экстренных ситуациях. Подробнее см. в таблице страхового покрытия в **разделе D главы 4** *Справочника участника плана*.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Вы можете получить покрываемые услуги экстренной медицинской помощи за пределами США. Это страховое покрытие ограничено суммой $50,000 в год. Дополнительную информацию см. в пункте «Страховое покрытие экстренной/неотложной помощи по всему миру» таблицы страхового покрытия в **разделе D главы 4** данной брошюры. Либо обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.

Решение о том, стабилизировалось ли ваше состояние и нуждаетесь ли вы по-прежнему в экстренной медицинской помощи, будут принимать поставщики услуг, оказывающие вам экстренную помощь. Они продолжат оказывать вам необходимую помощь и свяжутся с нами для составления плана, если для выздоровления вам потребуется последующее лечение.

Наш план страхования покрывает последующее лечение. Если экстренную медицинскую помощь вам оказывает внесетевой поставщик услуг, мы постараемся как можно скорее организовать ваш переход для дальнейшего ухода к сетевому поставщику услуг.

**Получение экстренной медицинской помощи в ситуации, не являющейся экстренной**

Иногда бывает трудно понять, является ли ваше физическое или психическое состояние неотложным. Вы можете обратиться за экстренной медицинской помощью, а врач сообщит, что ситуация на самом деле не является экстренной. Если у вас были разумные основания полагать, что ваше здоровье находится в серьезной опасности, мы покроем полученное вами обслуживание.

Однако если врач сообщает, что ситуация не была экстренной, мы покроем дополнительную помощь только при соблюдении следующих условий:

- Вы обращаетесь к сетевому поставщику услуг **или**
- Полученная вами дополнительная помощь считается «неотложной» и при ее получении вы соблюдали соответствующие правила. См. следующий раздел.

## H2. Неотложная медицинская помощь

Неотложная медицинская помощь — это помощь, оказываемая в ситуации, которая не является экстренной, однако требует безотлагательного лечения. Например, при обострении имеющегося заболевания или внезапной болезни либо травме.

**Неотложная медицинская помощь в зоне обслуживания нашего плана**

В большинстве случаев мы покрываем неотложную медицинскую помощь только при соблюдении

следующих условий:

- Вы получаете такую помощь у сетевого поставщика услуг **и**
- Вы соблюдаете правила, описанные в этой главе.

Если обращение к сетевому поставщику услуг невозможно или нецелесообразно, учитывая ваше время, место или обстоятельства, мы покроем неотложную медицинскую помощь, полученную у внесетевого поставщика услуг.

В серьезных экстренных ситуациях: звоните по номеру 911 или обратитесь в ближайшую больницу.

Если ваше состояние не такое тяжелое: позвоните своему поставщику первичного медицинского обслуживания (PCP) или в медицинскую группу, в которой вы лечитесь. Если вы не можете дозвониться или если помощь нужна немедленно, обратитесь в ближайший медицинский центр, центр неотложной медицинской помощи или больницу.

Если вы не уверены, какая помощь вам нужна (экстренная или неотложная), позвоните на нашу круглосуточную линию сестринских консультаций. Для обращения на нашу линию сестринских консультаций позвоните по номеру 1-800-893-5597 (TTY: 711). Линия работает круглосуточно, без выходных.

Вы также можете обратиться в отдел обслуживания участников плана, позвонив по номеру, указанному на задней стороне вашей ID-карты или в нижней части этой страницы, если вам нужна помощь в поиске поставщика услуг. Сотрудники отдела обслуживания участников плана также могут перевести ваш звонок на линию сестринских консультаций.

**Неотложная медицинская помощь вне зоны обслуживания нашего плана**

Если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана страхования, возможно, вам не удастся получить помощь у сетевого поставщика услуг. В этом случае наш план покроет неотложную медицинскую помощь, оказанную любым поставщиком услуг.

Наш план не покроет неотложную медицинскую помощь или любую другую медицинскую помощь, оказанную вам за пределами Соединенных Штатов.

Услуги *неотложной медицинской помощи*, полученные за пределами США, могут рассматриваться как экстренная помощь в рамках страхового покрытия экстренной/неотложной помощи по всему миру. Дополнительную информацию см. в пункте «Экстренная медицинская помощь» таблицы страхового покрытия в **разделе D главы 4** данной брошюры.

## H3. Обслуживание во время чрезвычайного положения

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Если губернатор штата California, 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 нашему плану страхования.

Посетите наш веб-сайт для получения информации о том, как получить необходимую помощь во время объявленного чрезвычайного положения: www.wellcare.com/healthnetCA.

Если во время объявленного чрезвычайного положения вы не можете обратиться к сетевому поставщику услуг, вы можете бесплатно получить помощь у внесетевых поставщиков услуг. Если во время объявленного чрезвычайного положения вы не можете посетить сетевую аптеку, вы можете получить рецептурные препараты во внесетевой аптеке. Дополнительную информацию см. в **разделе A8 главы 5** вашего *Справочника участника плана*.

## I. Что делать, если вам выставили счет за покрываемые нашим планом услуги

Если поставщик услуг выставляет счет вам вместо того, чтобы отправить его в наш план страхования, вам следует обратиться к нам с запросом оплатить этот счет.

**Вам не следует оплачивать счет самостоятельно. Если вы это сделаете, мы, возможно, не сможем компенсировать вам расходы.**

Если вы оплатили покрываемые услуги или получили счет за покрываемые медицинские услуги, см. порядок действий в таком случае в **разделе A главы 7** *Справочника участника плана*.

### I1. Что делать, если наш план не покрывает услуги

Наш план покрывает все услуги, которые:

- считаются необходимыми по медицинским показаниям, **и**
- перечислены в таблице страхового покрытия нашего плана (см. **раздел D главы 4** *Справочника участника плана*), **и**
- вы получаете их с соблюдением правил плана.

Если вы получаете услуги, которые не покрываются нашим планом, **вы должны оплатить их полную стоимость самостоятельно**, если только эти услуги не покрываются другой программой Medi-Cal вне нашего плана.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Если вы хотите узнать, оплачиваем ли мы какое-либо медицинское обслуживание, вы имеете право задать нам соответствующий вопрос. Кроме того, у вас есть право спросить нас об этом в письменной форме. Если мы ответим, что не будем оплачивать полученные вами услуги, вы имеете право обжаловать наше решение.

Порядок действий в случае, если вы хотите получить от нас страховое покрытие услуги или товара, описан в **разделе E главы 9** *Справочника участника плана*. Здесь также содержится информация о том, как обжаловать наше решение о страховом покрытии. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать больше о ваших правах на апелляцию.

Некоторые услуги мы оплачиваем в ограниченном объеме. Если вы превысите такое ограничение, вы должны будете оплатить полную стоимость услуги в дополнительном объеме. Конкретные ограничения в отношении тех или иных услуг описаны в **главе 4**. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать больше об ограничениях в отношении тех или иных услуг и выяснить, какой объем услуг вы уже исчерпали.

## J. *Страховое покрытие* медицинских услуг при участии в клиническом исследовании

### J1. Определение клинического исследования

Клиническое исследование (также именуемое клиническим испытанием) — это способ, с помощью которого врачи испытывают новые методы лечения или лекарственные препараты. Обычно для участия в клиническом исследовании, одобренном Medicare, приглашаются добровольцы.

После одобрения исследования, в котором вы хотите принять участие, программой Medicare, с вами свяжется один из специалистов, проводящих исследование (если вы выразили интерес к этому исследованию). Этот специалист расскажет вам об исследовании и выяснит, соответствуете ли вы условиям для участия в нем. Вы можете участвовать в исследовании до тех пор, пока отвечаете необходимым условиям. От вас потребуется уяснить и принять требования, предъявляемые к участникам исследования.

Вы можете оставаться участником нашего плана на время участия в исследовании. При этом наш план страхования продолжит покрывать услуги, не связанные с исследованием.

Если вы хотите принять участие в одобренном Medicare клиническом исследовании, от вас **не** требуется сообщать нам об этом либо получать наше разрешение или разрешение вашего поставщика первичного медицинского обслуживания. Поставщики услуг, которые предоставляют вам обслуживание в рамках исследования, **не** обязаны сотрудничать с нашим планом. 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, требующими страхового покрытия с разработкой доказательств (NCD-CED) и исследованиями с освобождением от требований FDA США, предоставляемым исследуемым устройствам (IDE), на которые может распространяться требование предварительного разрешения и другие правила плана.

**Мы просим вас заранее уведомить нас о вашем участии в клиническом исследовании.**

Если вы планируете принять участие в клиническом исследовании, покрываемом программой Original Medicare, мы просим вас или вашего координатора медицинского обслуживания обратиться в отдел обслуживания участников плана и сообщить о вашем возможном участии в клиническом испытании.

## J2. Оплата услуг в случае участия в клиническом исследовании

Если вы выразите желание принять участие в одобренном Medicare клиническом исследовании, вам не придется ничего платить за услуги, покрываемые в рамках этого исследования. Программа Medicare оплачивает услуги в рамках исследования, а также плановые расходы, связанные с получением вами медицинского обслуживания. После вступления в одобренное Medicare клиническое исследование большинство услуг и товаров медицинского назначения в рамках исследования будут для вас покрыты. Покрытие включает:

- 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, являющаяся частью исследования;
- лечение любых побочных эффектов и осложнений, связанных с новым видом терапии.

Если вы участвуете в исследовании, которое программа Medicare **не** одобрила, все расходы на участие в исследовании вы оплачиваете самостоятельно.

## J3. Дополнительная информация о клинических исследованиях

Вы можете узнать больше об участии в клиническом исследовании из статьи «Medicare и клинические исследования» (Medicare & Clinical Research Studies) на веб-сайте Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). Вы также можете

позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно и без выходных. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

## K. Порядок покрытия медицинских услуг, полученных в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

### K1. Определение религиозного немедицинского учреждения здравоохранения

Религиозное учреждение немедицинского ухода — это место, где можно получить уход, который обычно не предоставляется в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода. Если получение ухода в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода противоречит вашим религиозным убеждениям, мы покроем уход в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения.

Эта льгота распространяется только на услуги в стационаре по программе Medicare Part A (немедицинские услуги по уходу за больными).

### K2. Обслуживание в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

Чтобы воспользоваться услугами религиозного учреждения немедицинского ухода, вы должны подписать юридический документ, в котором указано, что вы отказываетесь получать медицинские услуги, являющиеся «неисключенными».

- «Неисключенные» медицинские услуги — это любой вид медицинских услуг, которые являются **добровольными и не требуются** никаким федеральным законом, законом штата или местным законом.
- «Исключенные» медицинские услуги — это любой вид медицинских услуг, которые **не являются добровольными и требуются** федеральным законом, законом штата или местным законом.

Чтобы наш план покрыл услуги, предоставляемые вам религиозным учреждением немедицинского ухода, они должны соответствовать следующим условиям:

- Учреждение, предоставляющее уход, должно быть сертифицировано Medicare.
- Покрытие услуг в рамках нашего плана страхования ограничивается нерелигиозными аспектами ухода.
- Если вы получаете услуги такой организации, находясь в учреждении:

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- У вас должно быть состояние здоровья, позволяющее вам получать покрываемые услуги стационара или учреждения квалифицированного сестринского ухода.
- Вы должны получить от нас разрешение, прежде чем вас примут в учреждение, иначе ваше пребывание там **не** будет покрываться.

Страховое покрытие стационарного лечения в больнице не ограничено при условии соблюдения приведенных выше требований.

## L. Медицинское оборудование длительного пользования (DME)

### L1. Медицинское оборудование длительного пользования (DME) для участника нашего плана

Медицинское оборудование длительного пользования (DME) представляет собой определенный набор необходимых по медицинским показаниям товаров, назначаемых поставщиком услуг, в том числе инвалидные коляски, костыли, системы ортопедических матрасов, принадлежности для больных сахарным диабетом, заказываемые поставщиком услуг больничные койки для использования на дому, насосы для внутривенной (в/в) инфузии, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование и принадлежности, небулайзеры и ходунки.

Некоторые изделия, такие как протезы, всегда принадлежат вам.

В этом разделе речь пойдет о медицинском оборудовании длительного пользования (DME), которое вы арендуете. 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 можете получить медицинское оборудование длительного пользования (DME) в свою собственность при условии необходимости по медицинским показаниям и долгосрочной потребности в том или ином изделии. Помимо этого, для изделия должно быть получено разрешение, а его получение должно быть организовано и согласовано вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP), медицинской группой и/или планом Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Позвоните в наш отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711), чтобы узнать больше о требованиях к аренде или владению медицинским оборудованием длительного пользования, а также о документах, которые необходимо предоставить. С 1 октября по 31 марта наши 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.

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 страхового покрытия их нами в течение определенного количества месяцев.

Если вы приобретаете медицинское оборудование длительного пользования в собственность, пока являетесь участником нашего плана, при этом оборудование требует обслуживания, то поставщику услуг разрешается выставить счет за ремонт.

Существуют также некоторые виды оборудования длительного пользования (DME), право собственности на которые вы не приобретете. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать больше о требованиях, которым нужно соответствовать, а также о документах, которые необходимо предоставить.

Даже если вы пользовались медицинским оборудованием длительного пользования (DME) по программе Medicare до 12 месяцев подряд, прежде чем вступили в наш план, оборудование **не** переходит в вашу собственность.

## L2. Право собственности на медицинское оборудование длительного пользования (DME) при переходе в Original Medicare

Программа Original Medicare предусматривает переход в собственность участника определенных типов арендуемого медицинского оборудования длительного пользования (DME) по прошествии 13 месяцев. План Medicare Advantage (MA) может установить конкретное количество месяцев, в течение которых участник должен арендовать определенные типы медицинского оборудования длительного пользования (DME), прежде чем оно перейдет в собственность участника.

**Примечание.** Определения программы Original Medicare и планов MA см. в **главе 12**. Дополнительную информацию о них также можно найти в справочнике Medicare и вы на 2025 год. Если у вас нет экземпляра этой брошюры, вы можете получить ее на веб-сайте Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). Либо позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Если вы не выбрали план Medi-Cal, вам придется совершить 13 платежей подряд в рамках Original Medicare либо установленное планом MA количество платежей подряд, чтобы медицинское оборудование длительного пользования (DME) перешло в вашу собственность. Эти правила действуют, если:

- вы не получили медицинское оборудование длительного пользования (DME) в свою

собственность, пока были участником нашего плана, **а также**

- вы выходите из нашего плана и начинаете получать страховое покрытие в рамках Medicare вне какого-либо плана медицинского страхования, т. е. напрямую через программу Original Medicare либо через план MA.

Если вы совершали платежи за медицинское оборудование длительного пользования (DME) в рамках Original Medicare или плана MA до того, как вступили в наш план, **такие предыдущие платежи в рамках Original Medicare или плана MA не будут учитываться при подсчете платежей, которые вы должны совершить после выхода из нашего плана**.

- Вам придется совершить 13 новых платежей подряд в рамках Original Medicare или установленное планом MA количество новых платежей подряд, чтобы медицинское оборудование длительного пользования (DME) перешло в вашу собственность.
- Для этого правила не предусмотрено исключений в случае возврата в программу Original Medicare или план MA.

## L3. Страховое покрытие кислородного оборудования для участника нашего плана

Если вы соответствуете требованиям для получения кислородного оборудования, покрываемого программой Medicare, и при этом являетесь участником нашего плана, мы покроем следующее:

- аренда кислородного оборудования;
- поставка кислорода и смесей с содержанием кислорода;
- трубки и сопутствующие принадлежности для подачи кислорода и смесей с содержанием кислорода;
- техническое обслуживание и ремонт кислородного оборудования.

Кислородное оборудование должно быть возвращено, если в нем больше нет необходимости по медицинским показаниям либо если вы выходите из нашего плана страхования.

## L4. Кислородное оборудование при переходе в Original Medicare или другой план Medicare Advantage (MA)

Если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям, при этом **вы покидаете наш план и переходите в программу Original Medicare**, вы продолжите арендовать оборудование у поставщика в течение 36 месяцев. Ежемесячная арендная плата покрывает

кислородное оборудование, принадлежности и услуги, перечисленные выше.

Если кислородное оборудование все еще необходимо по медицинским показаниям **после 36 месяцев аренды**, поставщик должен предоставить вам:

- кислородное оборудование, принадлежности и услуги еще на 24 месяца;
- кислородное оборудование и принадлежности на срок до 5 лет, если это необходимо по медицинским показаниям.

Если кислородное оборудование все еще необходимо по медицинским показаниям **по истечении 5-летнего периода**:

- Поставщик больше не обязан его предоставлять, но вы можете получить оборудование на замену у любого поставщика.
- Начинается новый 5-летний период.
- Вы будете арендовать оборудование у поставщика в течение 36 месяцев.
- Затем поставщик предоставит кислородное оборудование, принадлежности и услуги еще на 24 месяца.
- Новый цикл начинается каждые 5 лет, если кислородное оборудование по-прежнему необходимо по медицинским показаниям.

Если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям, при этом **вы покидаете наш план и переходите в другой план МА**, этот план предоставит страховое покрытие, объем которого не меньше страхового покрытия в рамках Original Medicare. Вы можете запросить у вашего нового плана МА информацию о том, какое кислородное оборудование и принадлежности он покрывает, а также какими будут ваши расходы.

# Глава 4. Таблица страхового покрытия

## Введение

В этой главе содержится информация об услугах, покрываемых нашим планом страхования, а также о любых возможных запретах или ограничениях в отношении этих услуг. Кроме того, здесь представлена информация об услугах, не покрываемых нашим планом. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

**Новые участники плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)**: в большинстве случаев вы будете зарегистрированы в плане Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) для получения услуг в рамках Medicare в 1-й день месяца, следующего за месяцем, в котором вы подали запрос на вступление в план Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Вы можете продолжить получать услуги Medi-Cal в рамках вашего предыдущего плана Medi-Cal в течение еще одного месяца. После этого вы станете получать услуги Medi-Cal через Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). В вашем покрытии Medi-Cal не будет перерыва. Позвоните нам по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711), если у вас возникли какие-либо вопросы. С 1 октября по 31 марта наши 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.

## Содержание

A. Доступные вам покрываемые услуги ..... 83
A1. Во время чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения ..... 83
B. Правила, запрещающие поставщикам услуг взимать с вас плату за услуги ..... 84
C. Сведения о таблице страхового покрытия в рамках нашего плана страхования ..... 84
D. Таблица страхового покрытия в рамках нашего плана страхования ..... 86
E. Услуги поддержки по месту жительства ..... 152
F. Услуги, покрываемые вне нашего плана страхования ..... 159
F1. Программа штата California по переходу на обслуживание по месту жительства (CCT) ..... 160
F2. Программа Medi-Cal Dental ..... 161
F3. Услуги хосписа ..... 161
F4. Услуги поддержки на дому (IHSS) ..... 162

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

F5. Альтернативные программы обслуживания на дому и по месту жительства (HCBS) в соответствии с Разделом 1915(c) ..... 163
F6. Услуги охраны психического здоровья в округе, предоставляемые вне нашего плана (услуги по поддержанию психического здоровья и услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ) ..... 166
G. Услуги, не покрываемые нашим планом страхования, Medicare или Medi-Cal ..... 168

# A. Доступные вам покрываемые услуги

В этой главе содержится информация об услугах, покрываемых нашим планом страхования. Вы также можете узнать об услугах, которые не покрываются планом. Информация о страховом покрытии лекарственных препаратов представлена в **разделе A главы 5** *Справочника участника плана*. В этой главе также говорится об ограничениях на некоторые услуги.

Поскольку вы получаете помощь по программе Medi-Cal, вам не нужно ничего платить за покрываемые услуги, если вы соблюдаете установленные нашим планом правила. Подробнее об установленных нашим планом правилах см. в **разделе B главы 3** *Справочника участника плана*.

Если вам нужна помощь в понимании того, какие услуги покрываются планом, позвоните своему координатору медицинского обслуживания и/или в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.

## A1. Во время чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения

План Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) будет следовать всем указаниям властей штата и/или федеральных властей, относящимся к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения (PHE). Во время чрезвычайной ситуации в области здравоохранения (PHE) план страхования обеспечивает все необходимое страховое покрытие для наших участников. Страховое покрытие может различаться в зависимости от полученных вами услуг и продолжительности чрезвычайной ситуации в области здравоохранения (PHE). Посетите наш веб-сайт, чтобы узнать о том, как получить необходимую медицинскую помощь во время PHE по адресу www.wellcare.com/healthnetCA или позвоните в отдел обслуживания участников плана. Вы можете связаться с отделом обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

## B. Правила, запрещающие поставщикам услуг взимать с вас плату за услуги

Мы не позволяем нашим поставщикам услуг выставлять вам счета за покрываемые услуги, полученные у сотрудничающих с планом поставщиков. Мы платим нашим поставщикам услуг напрямую, и мы защищаем вас от уплаты любых сборов. Это так, даже если мы платим поставщику услуг меньше, чем он берет за услугу.

Вы никогда не должны получать счета за покрываемые услуги от поставщика услуг. Если это произошло, ознакомьтесь с **разделом A главы 7** *Справочника участника плана* или позвоните в отдел обслуживания участников плана.

## C. Сведения о таблице страхового покрытия в рамках нашего плана страхования

В таблице страхового покрытия указано, какие услуги оплачивает наш план страхования. В ней в алфавитном порядке перечислены покрываемые услуги и даны пояснения.

**Мы оплачиваем услуги, перечисленные в таблице страхового покрытия, при соблюдении следующих правил.** Вы **ничего не** платите за услуги, перечисленные в таблице страхового покрытия, если вы соответствуете требованиям страхования, описанным ниже.

- Услуги, покрываемые в рамках Medicare и Medi-Cal, предоставляются нами в соответствии с правилами, установленными Medicare и Medi-Cal.
- Услуги, включая медицинское обслуживание, психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь, а также услуги по употреблению психоактивных веществ, длительное обслуживание и поддержку, принадлежности, оборудование и лекарства, должны быть необходимы по медицинским показаниям. Термин «необходимость по медицинским показаниям» описывает услуги, принадлежности или лекарства, необходимые для предотвращения, диагностики либо лечения заболевания или для поддержания вашего текущего состояния здоровья. Сюда относится обслуживание, которое предотвращает вашу госпитализацию или помещение в учреждение сестринского ухода. Это также означает, что услуги, расходные материалы или лекарственные препараты соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики. Услуга является необходимой по медицинским показаниям, если она обоснована и нужна для спасения жизни, предупреждения серьезной болезни или инвалидности либо облегчения сильной боли.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Для новых участников план должен предоставить как минимум 90-дневный переходный период, в течение которого новый план MA может не требовать получения предварительного разрешения на проведение любого активного курса лечения, даже если курс лечения проводился в рамках услуги, которая начала оказываться внесетевым поставщиком услуг.
- Вы получаете услуги от сетевого поставщика. Сотрудничающий с планом или сетевой поставщик услуг — это поставщик услуг, работающий с нами. В большинстве случаев медицинская помощь, полученная у внесетевого поставщика услуг, не покрывается; исключение составляют экстренные ситуации и неотложная медицинская помощь, а также наличие направления от плана страхования или сетевого поставщика услуг. В **разделе D главы 3** *Справочника участника плана* представлена более подробная информация о взаимодействии с поставщиками услуг, которые сотрудничают либо не сотрудничают с планом страхования.
- У вас есть поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) или группа медицинского обслуживания, которые предоставляют вам медицинскую помощь и координируют ее получение у других специалистов. В большинстве случаев ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) должен дать вам разрешение, прежде чем вы сможете обратиться к поставщику услуг, который не является вашим PCP, или к другим сотрудничающим с планом поставщикам услуг. Это называется направлением. В **разделе D главы 3** *Справочника участника плана* представлена более подробная информация о получении направления и объяснены ситуации, при которых направление **не** нужно.
- Некоторые услуги, перечисленные в таблице страхового покрытия, покрываются только при условии, что ваш врач или другой сетевой поставщик услуг заранее получил наше одобрение. Это называется предварительным разрешением (PA). Покрываемые услуги, для получения которых необходимо предварительное разрешение (PA), отмечены в таблице страхового покрытия курсивом.
- Если ваш план одобряет запрос на получение PA на курс лечения, такое одобрение должно быть действительным до тех пор, пока оно является обоснованным с медицинской точки зрения и необходимым для предотвращения перерывов в лечении с учетом критериев страхового покрытия, вашей истории болезни и рекомендаций лечащего врача.
- Если вы потеряете свои выплаты по программе Medi-Cal в течение 6 месяцев после того, как посчитаете, что вы продолжаете соответствовать критериям участия в ней, ваши выплаты по программе Medicare в этом плане продолжатся. Однако ваша услуга по программе Medi-Cal может не покрываться. Для получения информации о вашем соответствии критериям для участия в программе Medi-Cal обратитесь в офис по вопросам соответствия критериям

участия в программе вашего округа или в план Health Care Options. Вы можете сохранить свои выплаты по программе Medicare, но не выплаты по программе Medi-Cal.

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

- Если вы получаете помощь по программе «Дополнительная помощь» 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 медицинских услуг в **разделе D главы 4**.
- Участники программы имеют право на отказ от участия в расходах на лекарства по части D. Более подробную информацию см. в **главе 6**.

Программа Medicare одобрила предоставление данных услуг планом Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) в рамках программы ценностно-ориентированного страхования. Эта программа позволяет Medicare испытать новые способы усовершенствования планов Medicare Advantage.

Все профилактические услуги бесплатны. В таблице льгот рядом с профилактическими мероприятиями вы найдете вот такой значок в виде яблока.

## D. Таблица страхового покрытия в рамках нашего плана страхования

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Скрининговое обследование на выявление аневризмы брюшной аорты**<br><br>Мы оплачиваем один ультразвуковой скрининг для людей из группы риска. Это скрининговое исследование покрывается планом, только если у вас имеются определенные факторы риска и если вы получите направление на него от своего врача, помощника врача, практикующей медицинской сестры или клинической медсестры-специалиста. | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Иглоукалывание**<br><br>Мы оплачиваем до двух амбулаторных сеансов иглотерапии в течение одного календарного месяца или чаще, если они необходимы по медицинским показаниям.<br><br>Мы также оплачиваем до 12 сеансов иглотерапии в течение 90 дней при хронической боли в пояснице, т. е. такой боли, которая соответствует следующим критериям:<br>• состояние наблюдается в течение 12 недель или более;<br>• состояние имеет общий характер (не может быть выявлена системная причина, например связь с метастатическим или воспалительным процессом и инфекционным заболеванием);<br>• состояние не связано с хирургическим вмешательством; **а также**<br>• состояние не связано с беременностью.<br><br>Помимо этого, мы оплатим восемь дополнительных сеансов иглотерапии для лечения хронической боли в пояснице в случае улучшения состояния. За один год можно пройти не более 20 сеансов иглотерапии для лечения хронической боли в пояснице.<br><br>В случае отсутствия улучшения состояния или при его ухудшении иглотерапию необходимо прекратить.<br><br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).*<br><br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Скрининговое обследование с целью выявления злоупотребления алкоголем и консультации для лиц, злоупотребляющих алкоголем**<br><br>Мы оплачиваем один скрининг на злоупотребление алкоголем (SBIRT) для взрослых участников плана, которые злоупотребляют алкоголем, но не являются алкоголезависимыми. включая беременных женщин.<br><br>Если результаты скрининга на злоупотребление алкоголем окажутся положительными, вы можете получать до четырех индивидуальных экспресс-консультаций ежегодно (если вы дееспособны и во время консультации находитесь в ясном сознании) от квалифицированного поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) или специалиста в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи. | $0 |
| | **Услуги скорой помощи**<br><br>Покрываемые услуги скорой помощи (как в экстренных, так и в неэкстренных ситуациях) включают услуги доставки машиной скорой помощи и воздушным судном (самолетом и вертолетом). Вас доставят в ближайшее учреждение, где вам могут оказать помощь.<br><br>Ваше состояние должно быть настолько серьезным, что другие способы добраться до места получения помощи могут поставить под угрозу ваше здоровье или жизнь.<br><br>В других (неэкстренных) случаях услуги скорой помощи должны быть одобрены нами. Мы можем оплатить транспортировку скорой помощью и в неэкстренной ситуации. Ваше состояние должно быть настолько серьезным, что другие способы добраться до места получения помощи могут поставить под угрозу вашу жизнь или здоровье.<br><br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).* | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Ежегодный плановый медицинский осмотр**<br><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. | $0 |
| | **Ежегодный профилактический прием**<br><br>Вам доступен ежегодный профилактический осмотр. Его цель — составление или обновление плана профилактических мер с учетом актуальных факторов риска для вашего здоровья. Мы оплачиваем эту услугу однократно каждые 12 месяцев.<br><br>**Примечание.** Ваш первый ежегодный профилактический прием состоится не ранее чем через 12 месяцев после приема «**Добро пожаловать в Medicare**». Однако если вы являетесь участником части B в течение 12 месяцев, прием «**Добро пожаловать в Medicare**» необязателен для прохождения ежегодных профилактических приемов. | $0 |
| | **Профилактические услуги при бронхиальной астме**<br><br>Вы можете пройти обучение по бронхиальной астме и оценку жилищно-бытовых условий на предмет наличия триггеров, часто встречающихся в доме у людей с плохо контролируемой астмой. | $0 |
| | **Денситометрия (измерение плотности костной ткани)**<br><br>Мы оплачиваем определенные процедуры для соответствующих критериям участников плана (как правило, для лиц с высоким риском потери костной массы или остеопороза). Эти процедуры позволяют определить показатели костной массы, диагностировать потерю костной массы и оценить состояние костной ткани.<br><br>Мы оплачиваем эти услуги однократно каждые 24 месяца или чаще, если это необходимо по медицинским показаниям. Мы также оплачиваем услуги врача по расшифровке результатов обследования. | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Скрининговое обследование на выявление рака молочной железы (маммограммы)**<br>Мы покрываем следующие услуги:<br>• одна базисная маммография в возрасте от 35 до 39 лет;<br>• одна скрининговая маммография каждые 12 месяцев для женщин в возрасте от 40 лет;<br>• клиническое обследование молочных желез раз в 24 месяца. | $0 |
| | **Услуги кардиореабилитации (реабилитация при заболеваниях сердца)**<br>Мы оплачиваем такие услуги кардиологической реабилитации, как лечебная физкультура, медицинское просвещение и консультирование. Участники плана должны соответствовать определенным критериям и иметь направление от врача.<br>Мы также покрываем интенсивные программы кардиологической реабилитации, которые отличаются большей интенсивностью по сравнению с обычными программами кардиологической реабилитации.<br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | $0 |
| | **Посещение врача для снижения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (лечение заболеваний сердца)**<br>Мы оплачиваем один прием в год или чаще при необходимости по медицинским показаниям у вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) в целях снижения риска развития сердечных заболеваний. В рамках этого приема ваш врач может:<br>• обсудить целесообразность приема аспирина;<br>• измерить артериальное давление **и/или**<br>• дать вам рекомендации по здоровому питанию. | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Тестирование на наличие сердечно-сосудистых (сердечных) заболеваний**<br><br>Мы оплачиваем анализы крови на наличие сердечно-сосудистых заболеваний однократно каждые пять лет (60 месяцев). Эти анализы крови также могут выявить симптомы, указывающие на то, что вы входите в группу повышенного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. | $0 |
| | **Скрининговое обследование на выявления рака шейки матки и влагалища**<br><br>Мы покрываем следующие услуги:<br>• для всех женщин: мазок Папаниколау и гинекологическое обследование раз в 24 месяца;<br>• для женщин с высоким риском рака шейки матки или влагалища: один цитологический мазок каждые 12 месяцев<br>• для женщин репродуктивного возраста, у которых результаты цитологического мазка в течение последних трех лет не соответствовали норме: один цитологический мазок каждые 12 месяцев<br>• для женщин 30–65 лет: анализ на вирус папилломы человека (ВПЧ) или цитологический мазок вместе с анализом на ВПЧ однократно каждые 5 лет | $0 |
| | **Услуги мануальной терапии**<br><br>Мы покрываем следующие услуги:<br>• корректирующие мануальные манипуляции на позвоночнике.<br><br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).*<br><br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Скрининг колоректального рака**<br>Мы покрываем следующие услуги:<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.<br>• Многоцелевой анализ DNA 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.<br>• 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 | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | 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.<br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Услуги для взрослых пациентов по месту жительства (CBAS)**<br><br>CBAS представляет собой программу дневного медицинского обслуживания по месту жительства, предоставляющую услуги пожилым людям и взрослым с хроническими заболеваниями, когнитивными или психическими расстройствами и/или инвалидностью, которым в ином случае потребовался бы стационарный уход.<br><br>Программа CBAS является альтернативой стационарному уходу для участников программы Medi-Cal, которые могут продолжать жить дома при условии получения соответствующей медицинской помощи, услуг по реабилитации, персонального ухода и социальной поддержки. Программа CBAS делает акцент на партнерских отношениях с участниками программы, их семьями и/или ухаживающими за ними лицами, поставщиками первичного медицинского обслуживания и местным сообществом, а также ставит своей целью поддержание личной независимости участников программы.<br><br>В центре предоставляются следующие услуги:<br>• Услуги профессионального сестринского ухода<br>• Физиотерапия, трудовая терапия и логопедическая терапия<br>• услуги психиатрической помощи;<br>• терапевтические мероприятия;<br>• социальные услуги;<br>• помощь по уходу за собой;<br>• горячее питание и консультирование по вопросам питания;<br>• транспортировка к месту постоянного проживания участника программы и из него.<br><br>**Примечание.** Если вы не можете обратиться в центр программы CBAS, мы можем предоставить эти услуги по отдельности. | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Стоматологические услуги**<br>Как участник программы Medi-Cal вы имеете доступ ко многим стандартным стоматологическим услугам через программу Medi-Cal Dental, включая, помимо прочего, следующие услуги:<br>• Стоматологические осмотры (каждые 12 месяцев)<br>• Стоматологическая чистка зубов (каждые 12 месяцев)<br>• Удаление зубного камня и околокорневая чистка<br>• Фторирование зубов (каждые 12 месяцев)<br>• Рентгенография<br>• Пломбирование<br>• Установка коронок (в некоторых случаях может покрываться установка коронок на молярные или коренные (задние) зубы)<br>• Лечение корневых каналов<br>• Частичное и полное протезирование<br>• Перебазировка протеза<br>• Удаление зуба<br>• Экстренная медицинская помощь<br>Подробнее о страховом покрытии стоматологических услуг программой Medi-Cal можно узнать на веб-сайте https://smilecalifornia.org или по телефону 1-800-322-6384. Звонок бесплатный.<br>Стоматологические услуги предоставляются в рамках программ стоматологического обслуживания со сдельной оплатой Medi-Cal и управляемого стоматологического ухода (DMC). Представители программы стоматологического обслуживания со сдельной оплатой Medi-Cal могут помочь вам с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. с понедельника по пятницу.<br>**Продолжение на следующей странице.** | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Стоматологические услуги (продолжение)**<br><br>При использовании TTY набирайте 1-800-735-2922. Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонка на этот номер у вас должно быть специальное телефонное оборудование.<br><br>Мы оплачиваем некоторые стоматологические услуги, когда эти услуги являются неотъемлемой частью специфического лечения основного заболевания участника плана страхования.<br>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.<br><br>В дополнение к стоматологическим услугам, покрываемым программой Medi-Cal, наш план покрывает дополнительные стоматологические услуги и процедуры. К таким услугам относятся, помимо прочего, следующие:<br>• Коронки из благородных металлов — одна коронка на один зуб каждые 5 календарных лет<br>• Ортопедическая стоматология (зубные протезы) — каждые 2 календарных года для одного и того же зубного ряда<br>• Мостовидные зубные протезы — каждые<br>5 календарных лет для одного и того же зуба<br><br>Действуют исключения и ограничения.<br><br>Дополнительная информация о страховом покрытии стоматологических услуг, включая подробный перечень покрываемых процедур, исключений и ограничений, также доступна на нашем веб-сайте.<br><br>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 Align (HMO D-SNP), чтобы | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | найти подробную информацию о стоматологических услугах по этому плану.<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).* | |
| | **Скрининговое обследование на выявление депрессии**<br>Мы оплачиваем один скрининг депрессии каждый год. Скрининг должен проводиться в учреждении первичного медицинского обслуживания, в котором можно получить последующее лечение и/или направление. | $0 |
| | **Скрининговое обследование на выявление сахарного диабета**<br>Мы оплачиваем данный скрининг (включая анализ крови на глюкозу натощак) при наличии у вас каких-либо из следующих факторов риска:<br>• повышенное артериальное давление (гипертония);<br>• высокие уровни холестерина и триглицеридов (дислипидемия) в прошлом;<br>• ожирение;<br>• повышенный уровень сахара (глюкозы) в крови в прошлом.<br>Анализы могут покрываться в некоторых других случаях, например когда у вас избыточный вес и случаи заболевания диабетом в семейном анамнезе.<br>Вы можете соответствовать требованиям для прохождения не более двух скрининговых обследований на сахарный диабет каждые 12 месяцев после даты последнего скринингового обследования на сахарный диабет. | $0 |
| | **Обучение самостоятельному контролю диабета, услуги и принадлежности для больных диабетом**<br>Мы оплачиваем следующие услуги всем лицам с сахарным диабетом (независимо от того, принимают ли они инсулин):<br>• Средства для контроля уровня глюкозы в крови, в | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | том числе:<br>○ глюкометр;<br>○ тест-полоски для контроля уровня глюкозы в крови;<br>○ ланцетные устройства и скарификаторы;<br>○ контрольные растворы глюкозы для проверки точности тест-полосок и глюкометров.<br>• Для больных сахарным диабетом с выраженным синдромом диабетической стопы мы оплачиваем следующее:<br>○ одна пара ортопедической обуви по слепку стопы (в том числе стельки), включая подгонку, и две дополнительные пары стелек каждый календарный год **или**<br>○ одна пара закрытой обуви повышенной глубины, включая подгонку, и три пары стелек каждый календарный год (без учета стандартных съемных стелек, предоставляемых с такой обувью)<br>• В некоторых случаях мы оплачиваем обучение, направленное на поддержание самочувствия при сахарном диабете. Для получения дополнительной информации обращайтесь в отдел обслуживания участников плана.<br>Рекомендуемыми товарами для применения при сахарном диабете (глюкометры и тест-полоски) является продукция OneTouch™ компании Lifescan. Продукция, выпускаемая под другими товарными знаками, не покрывается без предварительного разрешения и при отсутствии необходимости по медицинским показаниям.<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).*<br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Услуги доулы**<br><br>Для беременных участниц плана мы оплачиваем девять визитов доулы в дородовой и послеродовой период, а также сопровождение во время схваток и родоразрешения. | $0 |
| | **Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие принадлежности**<br><br>Определение медицинского оборудования длительного пользования (DME) см. в **главе 12** *Справочника участника плана*.<br><br>Мы покрываем следующие товары:<br>• инвалидные коляски, в том числе электрические инвалидные коляски;<br>• костыли;<br>• системы ортопедических матрасов;<br>• сухие противопролежневые накладки на матрас;<br>• принадлежности для больных сахарным диабетом;<br>• заказываемые поставщиком услуг больничные койки для использования на дому;<br>• насосы и штативы для внутривенной (в/в) инфузии;<br>• голосообразующие аппараты;<br>• кислородное оборудование и принадлежности;<br>• ингаляторы;<br>• ходунки;<br>• трости со стандартной изогнутой рукояткой или 4 опорами и сменные принадлежности;<br>• приспособления для вытяжения шейного отдела позвоночника (с креплением в дверном проеме);<br>• стимулятор роста костей;<br>• оборудование для диализа.<br><br>**Продолжение на следующей странице.** | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие принадлежности (продолжение)**<br><br>Могут покрываться и другие товары.<br><br>Мы оплачиваем все медицинское оборудование длительного пользования (DME), необходимое по медицинским показаниям и обычно покрываемое программами Medicare и Medi-Cal. Если наш поставщик в вашем регионе не предоставляет оборудование определенного бренда или изготовителя, вы можете узнать у него, нельзя ли специально заказать его для вас.<br><br>Обратитесь в отдел обслуживания участников плана, чтобы найти другого поставщика, который сможет обеспечить вас нужным оборудованием. Кроме того, покрывается используемое вне дома медицинское оборудование длительного пользования, не покрываемое программой Medicare.<br><br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).* | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Экстренная медицинская помощь**<br>Экстренная медицинская помощь означает услуги, которые:<br>• предоставляются поставщиком, обученным оказывать экстренную помощь, **и**<br>• требуются для лечения неотложного состояния.<br>Неотложным называется состояние, сопровождающееся сильной болью или серьезной травмой. Это состояние должно быть настолько серьезным, чтобы любой человек с обычным уровнем знаний о здоровье и медицине имел основания полагать, что отсутствие незамедлительного медицинского вмешательства может привести к одному из следующих результатов:<br>• серьезный риск для вашего здоровья или для здоровья плода; **или**<br>• серьезное нарушение функций организма; **или**<br>• серьезное нарушение работы какого-либо органа или части тела.<br>• В случае активных родовых схваток у беременной женщины, когда:<br>○ недостаточно времени на вашу безопасную транспортировку в другую больницу до начала родов;<br>○ Перевозка в другую больницу может представлять серьезную угрозу для вашего здоровья или безопасности либо здоровья и безопасности плода.<br>**Продолжение на следующей странице.** | $0<br>Если вы получили экстренную медицинскую помощь в больнице, которая не сотрудничает с планом, и при этом после стабилизации вашего состояния вам все еще нужно стационарное лечение, вы должны вернуться в сетевую больницу для дальнейшего лечения, чтобы мы продолжили оплачивать его. Вы можете оставаться в больнице, которая не сотрудничает с планом, для получения стационарного лечения, только если наш план одобрит это. |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Экстренная медицинская помощь (продолжение)**<br>Страховое покрытие экстренной/неотложной помощи по всему миру.<br><br>Определяется как неотложная и экстренная медицинская помощь, а также помощь после стабилизации состояния, предоставляемая за пределами США.<br>• Страховое покрытие ограничено только услугами, которые в случае предоставления в пределах США классифицировались бы как неотложная и экстренная медицинская помощь, а также помощь после стабилизации состояния.<br>• Услуги скорой помощи покрываются в тех случаях, когда все прочие способы добраться до отделения неотложной помощи представляют угрозу для вашего здоровья.<br>• Иностранные налоги и сборы (включая, помимо прочего, комиссию за конвертацию валют или операционные сборы) не покрываются.<br><br>Страховое покрытие экстренной/неотложной помощи по всему миру ограничено суммой $50,000 в год.<br>«США» означает 50 штатов, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands и American Samoa. | $110<br>В случае госпитализации в стационар вы не освобождаетесь от участия в расходах на услуги неотложной медицинской помощи/приема в отделении неотложной помощи по всему миру. |
| | **Услуги по планированию семьи**<br><br>Законодательство допускает обращение к любому поставщику услуг (как сетевому, так и внесетевому), если вам требуются определенные услуги по планированию семьи. Это означает, что вы можете обратиться за этими услугами к любому врачу, в любую клинику, больницу, аптеку или иное учреждение, оказывающее услуги по планированию семьи.<br>Мы покрываем следующие услуги:<br>• обследование в целях планирования семьи и необходимое лечение;<br>• лабораторные анализы и диагностические обследования по планированию семьи; | |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | • использование методов контроля рождаемости (внутриматочные противозачаточные средства (IUC/IUD), уколы и импланты, противозачаточные таблетки, пластыри или кольца);<br>• использование средств контроля рождаемости (презерватив, губка, пена, пленка, колпачок, диафрагма) при наличии рецепта;<br>• ограниченный набор услуги репродуктивной медицины, например, консультирование и медицинское просвещение по методам определения периода способности к зачатию и/или консультации по вопросам здоровья до зачатия, анализы и лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП);<br>• консультирование и анализы на ВИЧ, СПИД и другие состояния, вызываемые ВИЧ;<br>• средства постоянной контрацепции (для выбора этого метода контроля рождаемости вам должно быть не менее 21 года. Необходимо подписать федеральную форму согласия на стерилизацию не менее чем за 30 дней и не более чем за 180 дней до даты хирургического вмешательства.)<br>• генетическое консультирование.<br>Мы также оплачиваем некоторые другие услуги по планированию семьи. Однако для получения следующих услуг вы должны обращаться к поставщику услуг, сотрудничающему с планом:<br>• лечение медицинских причин бесплодия (данная услуга не включает методы искусственного оплодотворения);<br>• лечение СПИДа и других состояний, вызываемых ВИЧ;<br>• генетическое тестирование. | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Программы просвещения по вопросам здоровья и здорового образа жизни**<br>Мы предлагаем множество программ, предназначенных для лиц с определенными заболеваниями. Сюда входит следующее:<br>• занятия по медицинскому просвещению (сердечные заболевания, бронхиальная астма и сахарный диабет);<br>• занятия по обучению здоровому питанию;<br>• отказ от курения и употребления табака, **а также**<br>• горячая линия сестринских консультаций.<br>• 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 в разделе Льготы и преимущества участника. | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Услуги, связанные со слухом**<br><br>Мы оплачиваем проверку слуха и чувства равновесия, выполняемую вашим поставщиком услуг. Эти обследования показывают, необходимо ли вам лечение. Они покрываются в рамках амбулаторной медицинской помощи, когда вы получаете такие услуги от терапевта, аудиолога или другого квалифицированного поставщика услуг.<br><br>Мы также оплачиваем слуховые аппараты при назначении врачом или другим квалифицированным поставщиком услуг, в том числе:<br>• вкладыши, вставки и принадлежности;<br>• ремонт;<br>• первый набор батареек;<br>• шесть приемов у того же поставщика оборудования после получения слухового аппарата с целью обучения, регулировки и подгонки;<br>• аренда слухового аппарата на пробный период;<br>• вспомогательные слуховые устройства, слуховые аппараты, действующие по механизму костного проведения.<br><br>Наш план также покрывает следующие дополнительные (плановые) сурдологические услуги:<br>• 1 плановая проверка слуха ежегодно.<br>• 1 подгонка/заключение о необходимости ношения слухового аппарата ежегодно.<br>• 1 неимплантируемый слуховой аппарат (для каждого уха; до $1,000) ежегодно. Не более 2 неимплантируемых слуховых аппарата ежегодно. Услуга включает 3-летнюю гарантию, включая потерю и повреждение с запасом батареек на 2 года.<br><br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).* | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Скрининговое обследование на выявление ВИЧ**<br>Мы оплачиваем один анализ на ВИЧ каждые 12 месяцев лицам, которые:<br>• запрашивают анализ на ВИЧ **или**<br>• которые подвержены высокому риску инфицирования ВИЧ.<br>Беременным женщинам мы оплачиваем до трех анализов на ВИЧ за время беременности.<br>Мы также оплачиваем дополнительные скрининговые обследования на ВИЧ, если они рекомендованы вашим поставщиком услуг. | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Услуги агентств, предоставляющих медицинские услуги на дому**<br><br>Перед получением вами услуг по уходу на дому врач должен сообщить нам, что вы нуждаетесь в таких услугах, после чего они должны быть предоставлены агентством по медицинскому обслуживанию на дому. Вы должны быть прикованы к дому, т. е. выход из дома должен представлять для вас значительное затруднение.<br><br>Мы оплачиваем следующие услуги, а также, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь:<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>• физиотерапию, трудотерапию и речевую терапию;<br>• медико-социальные услуги;<br>• медицинское оборудование и расходные материалы.<br><br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).*<br><br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Инфузионная терапия на дому**<br>Наш план оплачивает инфузионную терапию на дому, под которой понимается внутривенное или подкожное введение вам лекарств или биологических препаратов у вас дома. Для проведения инфузионной терапии на дому необходимо следующее:<br>• лекарство или биологический препарат (например, противовирусный препарат или иммуноглобулин);<br>• оборудование (например, насос); **а также**<br>• принадлежности (например, трубки или катетер).<br>Наш план покрывает услуги инфузионной терапии на дому, включающие, помимо прочего, следующее:<br>• услуги специалистов, включая услуги медсестры, оказываемые в соответствии с вашим планом медицинского обслуживания;<br>• обучение и подготовка участника плана, не включенные в страховое покрытие медицинского оборудования длительного пользования (DME);<br>• удаленный мониторинг; **а также**<br>• услуги по контролю процедуры инфузионной терапии на дому и поставки соответствующих препаратов квалифицированным специалистом по инфузионной терапии на дому.<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).* | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Услуги хосписа**<br><br>У вас есть право выбрать хоспис, если ваш поставщик услуг и главврач хосписа установят у вас терминальное заболевание. Это означает, что у вас смертельное заболевание, и вам, как ожидается, осталось жить не более шести месяцев. Вы можете получить услуги хосписа по любой программе, сертифицированной Medicare. Наш план обязан помочь вам найти сертифицированную Medicare хосписную программу в зоне обслуживания плана страхования. Ваш лечащий врач в хосписе может быть сетевым поставщиком или поставщиком, не входящим в сеть.<br><br>Покрываемые услуги:<br>• лекарственные препараты для снятия симптомов и боли;<br>• краткосрочный временный уход в период отдыха лиц, обычно осуществляющих уход;<br>• услуги по уходу и помощи на дому.<br><br>**Счета за услуги хосписа и услуги, покрываемые в рамках Medicare Part A или Medicare Part B и связанные с вашим заболеванием в терминальной стадии, оплачиваются программой Medicare.**<br>• Дополнительную информацию см. в **разделе G** данной главы.<br><br>**Услуги, которые покрываются нашим планом страхования, но не покрываются в рамках Medicare Part A или Medicare Part B:**<br>• Наш план покрывает услуги, не покрываемые по программам Medicare Part A или Medicare Part B. Мы покрываем услуги вне зависимости от их связи с терминальной стадией неизлечимого заболевания. Вы ничего не платите за эти услуги.<br><br>**Продолжение на следующей странице.** | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Услуги хосписа (продолжение)**<br>**Лекарственные препараты, которые могут покрываться нашим планом страхования в рамках программы Medicare Part D:**<br>• Расходы на препараты никогда не покрываются одновременно и хосписом, и нашим планом. Дополнительную информацию см. в **разделе F3 главы 5** вашего *Справочника участника плана*.<br>**Примечание.** Если у вас серьезное заболевание, вы можете иметь право на получение паллиативной помощи, которую предоставляет консилиумное, ориентированное на пациента и семью лечение для улучшения качества вашей жизни. Вы можете получать паллиативную помощь одновременно с получением медицинской помощи / регулярным уходом. Для получения дополнительной информации см. раздел «Паллиативная помощь» ниже.<br>**Примечание.** Если вы нуждаетесь в медицинской помощи вне хосписа, обратитесь к своему координатору медицинского обслуживания и/или в отдел обслуживания участников плана для организации оказания вам этих услуг. Услуги вне хосписа — это услуги, **не** связанные с терминальным заболеванием.<br>Наш план страхования покрывает услуги консультирования в рамках хосписного ухода (только один раз) для участников, находящихся в терминальной стадии болезни, которые не воспользовались страховым покрытием услуг хосписа.<br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.*<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).* | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Вакцинация**<br>Мы покрываем следующие услуги:<br>• вакцины от пневмонии;<br>• прививки от гриппа/инфлюэнцы, проводящиеся один раз в сезон эпидемии гриппа/инфлюэнцы осенью и зимой, а также дополнительные прививки от гриппа/инфлюэнцы при наличии медицинских показаний;<br>• прививки от гепатита B, если у вас повышенный или промежуточный риск заражения гепатитом B;<br>• прививки от COVID-19;<br>• вакцина от папилломавируса человека (ВПЧ);<br>• другие прививки, если вы находитесь в группе риска и если они соответствуют правилам покрытия по программе Medicare Part B.<br>Мы также оплачиваем другие вакцины, которые удовлетворяют правилам покрытия Medicare Part D. Чтобы узнать больше, см. **раздел D главы 6** *Справочника участника плана*. | $0 |
| | **Стационарное лечение в больнице**<br>Мы оплачиваем следующие услуги, а также другие необходимые по медицинским показаниям услуги, не перечисленные здесь:<br>• пребывание в двухместной палате (или одноместной палате, если это необходимо по медицинским показаниям);<br>• питание, включая особые диеты;<br>• стандартные услуги медицинской сестры;<br>• расходы на пребывание в отделении особого ухода, например в отделении интенсивной терапии или отделении кардиореанимации;<br>• лекарственные препараты и лекарственные средства;<br>• лабораторные анализы;<br>• рентген и прочие радиологические услуги; | $0<br>После купирования неотложного состояния вы должны получить одобрение от нашего плана страхования, чтобы получать обслуживание в стационаре в больнице, которая с нами не сотрудничает. |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | • необходимые хирургические и медицинские принадлежности;<br>• приспособления, например, инвалидные коляски;<br>• пребывание в операционной и в послеоперационных палатах;<br>• физиотерапия, трудовая терапия и логопедическая терапия;<br>• услуги стационарного лечения алкогольной или наркотической зависимости;<br>• в некоторых случаях следующие типы трансплантатов: роговица, почка, почка / поджелудочная железа, сердце, печень, легкое, сердце/легкое, костный мозг, стволовые клетки и кишечник/мультивисцеральный трансплантат.<br>Если вам нужна трансплантация, утвержденный программой Medicare центр трансплантологии рассмотрит ваш случай и решит, проводить ли вам эту операцию. Поставщики услуг по трансплантации могут находиться в зоне обслуживания плана или за ее пределами. Если местные поставщики трансплантатов готовы принять оплату по тарифу программы Medicare, вы можете получить такие услуги в своем регионе или за пределами схемы обслуживания вашего района. Если наш план предоставляет услуги трансплантации за пределами схемы обслуживания в вашем районе, при этом вы выберете получение трансплантата именно таким образом, мы организуем или оплатим соответствующее проживание и дорогу для вас и одного сопровождающего вас лица.<br>• услуги переливания крови, включая хранение и введение;<br>• услуги врачей.<br>**Продолжение на следующей странице.** | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Стационарное лечение в больнице (продолжение)**<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 останетесь 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.<br>Дополнительную информацию можно найти в информационном бюллетене Medicare под названием «Являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом? Если вы участник Medicare — спросите!» (Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!). Этот информационный бюллетень можно получить по адресу https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf или позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.<br>Вы можете звонить по этим номерам бесплатно, круглосуточно и без выходных.<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).*<br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Стационарные услуги в психиатрической больнице**<br>Мы оплачиваем услуги в сфере психического здоровья, которые требуют пребывания в стационаре.<br>• Если вам нужны стационарные услуги в специализированной психиатрической больнице, мы оплатим вам первые 190 дней пребывания. После этого необходимые по медицинским показаниям стационарные психиатрические услуги будут оплачиваться управлением вашего округа по вопросам психического здоровья. Разрешение на продление срока пребывания свыше 190 дней согласовывается с управлением вашего округа по вопросам психического здоровья.<br>○ Лимит в 190 дней **не** применяется в отношении стационарных услуг в сфере психического здоровья, предоставленных в психиатрическом отделении больницы общего профиля.<br>• Если вам уже исполнилось 65 лет, мы оплатим для вас обслуживание в одном из психиатрических учреждений (IMD).<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).*<br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | $0 |
| | **Пребывание в стационаре: покрываемые услуги в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF) в течение непокрываемого пребывания в стационаре**<br>Мы не оплачиваем ваше пребывание в стационаре, если вы уже исчерпали все соответствующее страховое покрытие либо если такое пребывание не является целесообразным и необходимым по медицинским показаниям.<br>Однако в определенных ситуациях в рамках непокрываемого пребывания в стационаре мы можем оплачивать услуги, получаемые вами в больнице или учреждении сестринского ухода. | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | Для получения дополнительной информации обращайтесь в отдел обслуживания участников плана.<br>Мы оплачиваем следующие услуги, а также, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь:<br>• услуги врача;<br>• диагностические обследования (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;<br>• протезы и ортопедические изделия (кроме стоматологических), включая замену или ремонт таких изделий. Эти изделия полностью или частично:<br>  ○ заменяют внутренний орган (включая пограничную ткань) **или**<br>  ○ выполняют функции недействующего или плохо функционирующего внутреннего органа.<br>• ортезы для ног, рук, спины и шеи; бандажи; искусственные руки, ноги и глаза. Сюда включена подгонка, ремонт и замена, необходимые в связи с поломкой, износом, утратой или в случае изменения вашего физического состояния<br>• физиотерапия, логопедическая терапия и трудовая терапия.<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).* | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Услуги и принадлежности при заболеваниях почек**<br>Мы покрываем следующие услуги:<br>• Консультационные услуги при заболеваниях почек для обучения уходу за почками и помощи в принятии правильных решений по поводу ухода. У вас должна быть IV стадия хронической почечной недостаточности, а ваш врач должен дать вам направление. Мы покрываем до шести сеансов консультаций при заболеваниях почек.<br>• Амбулаторные процедуры диализа, включая процедуры диализа при временном нахождении вне зоны обслуживания (в соответствии с описанием в **разделе D4 главы 3** *Справочника участника плана*, либо когда ваш поставщик услуг диализа временно недоступен.<br>• стационарные процедуры диализа, если вы поступаете в стационар для специализированного лечения;<br>• обучение самостоятельному проведению диализа для вас и другого человека, который будет помогать вам проводить диализ в домашних условиях;<br>• оборудование и принадлежности для диализа в домашних условиях;<br>• некоторые услуги поддержки на дому, например, при необходимости, визиты опытного специалиста по диализу с целью проверки проведения вами диализа на дому, помощь в экстренных случаях, а также проверка оборудования для диализа и состояния источника воды.<br>Некоторые препараты для проведения диализа оплачиваются по программе Medicare Part B. Для получения дополнительной информации см. раздел этой таблицы «Лекарства по рецепту, покрываемые программой Medicare Part B».<br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Скрининг рака легких**<br><br>Наш план оплачивает скрининг рака легких каждые 12 месяцев, если:<br>• вам 50–77 лет, **и**<br>• вы посетили своего врача или другого квалифицированного поставщика услуг для получения консультации и принятия совместного решения, **и**<br>• вы курили не менее 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет без каких-либо признаков или симптомов рака легких, курите на данный момент или бросили курить не более чем 15 лет назад.<br><br>После первого скрининга наш план оплачивает по одному скринингу в год с письменного распоряжения вашего врача или другого квалифицированного поставщика услуг. | $0 |
| | **Лечебное питание**<br><br>Данная услуга предназначена для лиц с сахарным диабетом или заболеваниями почек, не требующими проведения диализа. Услуга также доступна после трансплантации почки по назначению врача.<br><br>Мы оплачиваем три часа услуг индивидуального консультирования во время первого года получения вами диетотерапии в рамках программы Medicare. Мы можем одобрить дополнительные услуги при наличии необходимости по медицинским показаниям.<br><br>После этого мы оплачиваем два часа индивидуальных консультаций ежегодно. Если ваше состояние, лечение или диагноз изменились, вы можете получить больше часов лечения по назначению врача. Врач должен назначать данные услуги и возобновлять свое назначение ежегодно, если вам потребуется лечение в следующем календарном году. Мы можем одобрить дополнительные услуги при наличии необходимости по медицинским показаниям. | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Программа профилактики сахарного диабета Medicare (MDPP)**<br><br>Наш план страхования оплачивает услуги по программе MDPP. Программа MDPP предназначена помочь вам придерживаться более здорового образа жизни. Она предоставляет практическое обучение по следующим аспектам:<br>• долгосрочное изменение рациона питания, **и**<br>• повышение физической активности, **и**<br>• меры по снижению веса и поддержанию здорового образа жизни. | $0 |
| | **Рецептурные препараты по программе Medicare Part B**<br><br>Перечисленные ниже препараты покрываются по Части B программы Medicare. Наш план страхования оплачивает следующие лекарственные препараты:<br>• лекарственные препараты, которые вы обычно не принимаете самостоятельно и которые вводятся путем инъекции или инфузии во время получения вами услуг у 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 которые одобрил наш план страхования;<br>• препарат для лечения болезни Альцгеймера — Лекемби (непатентованное наименование леканемаб), который вводится внутривенно (в/в);<br>• факторы свертывания крови, которые вы вводите себе самостоятельно посредством инъекций при гемофилии; | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | • препараты, применяемые при трансплантации / иммунодепрессивные препараты: программа Medicare покрывает медикаментозное лечение при трансплантации, если программа Medicare оплатила трансплантацию органа. Вы должны быть участником части A на момент покрываемой трансплантации, а также участником части B на момент получения иммунодепрессивных препаратов. Программа Medicare Part D покрывает иммунодепрессивные препараты, если часть B не покрывает их;<br>• инъекционные препараты против остеопороза. Мы оплачиваем эти лекарственные препараты, 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;<br>• некоторые антигены: программа Medicare покрывает антигены, если врач их готовит, а надлежащим образом проинструктированное лицо (которым можете быть вы, пациент) дает их под соответствующим надзором.<br>**Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице** | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Лекарства по рецепту, покрываемые программой Medicare Part B (продолжение)**<br>• некоторые пероральные противораковые препараты: программа Medicare покрывает некоторые пероральные препараты для лечения рака, которые вы принимаете внутрь, если один и тот же препарат доступен в инъекционной форме или препарата является пролекарством (пероральная лекарственная форма, которая при приеме внутрь расщепляется на тот же активный ингредиент, который содержится в инъекционном препарате. По мере появления новых пероральных препаратов для лечения рака, часть B может оплачивать их. Если часть B не оплачивает их, то их оплачивает часть D<br>• пероральные противорвотные препараты: программа Medicare покрывает пероральные противорвотные препараты, которые вы применяете в рамках схемы противоопухолевой химиотерапии, если они применяются до, во время или в течение 48 часов после химиотерапии, или используются в качестве полной терапевтической замены внутривенного противорвотного препарата<br>• некоторые пероральные препараты для лечения терминальной стадии почечной недостаточности (ESRD), если один и тот же препарат доступен в инъекционной форме, и оно оплачивается в рамках страхового покрытия для пациентов с ESRD по части B;<br>• кальцимиметики в платежной системе для ESRD, включая препарат Парсабив для внутривенного введения и препарат Сенсипар для перорального применения;<br>• некоторые препараты для диализа в домашних условиях, включая гепарин, антидот гепарина (когда он необходим по медицинским показаниям) и местные анестетики;<br>• стимуляторы эритропоэза: программа Medicare покрывает эритропоэтин в виде инъекций, если у вас ESRD или вам | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | нужен этот препарат для лечения анемии, связанной с определенными другими заболеваниями (например, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® или метоксиполиэтиленгликоль-эпоэтин бета)<br>• иммуноглобулин для внутривенного введения для лечения в домашних условиях первичного иммунодефицита;<br>• парентеральное и энтеральное питание (в/в и зондовое питание).<br>**Продолжение на следующей странице.** | |
| | **Лекарства по рецепту, покрываемые программой Medicare Part B (продолжение)**<br>Вы можете ознакомиться со списком лекарств, покрываемых по Части B программы Medicare, для которых может действовать требование поэтапного лечения, перейдя по этой ссылке: https://wellcare.healthnetcalifornia.com/plan-benefit-materials.html.<br>Мы также покрываем ряд вакцин в рамках страхового покрытия рецептурных лекарственных препаратов по по Части B программы Medicare и большинство вакцин для взрослых по по Части D программы Medicare.<br>Страховое покрытие рецептурных препаратов для амбулаторного лечения описано в **разделе A главы 5** *Справочника участника плана*. В ней также разъясняются правила, которые необходимо соблюдать для покрытия рецептурных препаратов.<br>Ваша доля расходов на рецептурные препараты для амбулаторного лечения в рамках нашего плана страхования описана в **разделе C2 главы 6** *Справочника участника плана*.<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).* | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Услуги учреждений сестринского ухода**<br>Учреждение сестринского ухода (NF) представляет собой учреждение, где предоставляют уход людям, которые не нуждаются в лечении в больнице, но не могут получить необходимый уход дома.<br>Услуги, которые мы оплачиваем, включают, помимо прочего, следующее:<br>• пребывание в двухместной палате (или одноместной палате, если это необходимо по медицинским показаниям);<br>• питание, включая особые диеты;<br>• услуги медсестры;<br>• физиотерапию, трудотерапию и речевую терапию;<br>• дыхательная терапия;<br>• лекарства, которые вы получаете как часть плана вашего лечения. (К их числу относятся вещества, которые образуются в организме естественным путем, например факторы свертывания крови.)<br>• услуги переливания крови, включая хранение и введение;<br>• медицинские и хирургические принадлежности, обычно используемые в учреждениях сестринского ухода.<br>**Продолжение на следующей странице.** | $0 |
| | **Услуги учреждения сестринского ухода (продолжение)**<br>• анализы, которые обычно проводят в учреждениях сестринского ухода;<br>• рентгеновские обследования и другие виды лучевой диагностики, которые обычно проводят в учреждениях сестринского ухода;<br>• использование оборудования, например, инвалидных колясок, которые обычно предоставляются в учреждениях сестринского ухода; | |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | • услуги врача / квалифицированного специалиста;<br>• медицинское оборудование длительного пользования;<br>• стоматологические услуги, включая зубные протезы;<br>• офтальмологические услуги;<br>• проверка слуха;<br>• мануальная терапия;<br>• услуги подиатра.<br>Как правило, вы получаете обслуживание в сетевых учреждениях. Однако вы можете получать услуги учреждения, не входящего в нашу сеть. Вы можете обращаться за обслуживанием в следующие учреждения, если они согласны принимать оплату, предусмотренную нашим планом:<br>• учреждение сестринского ухода или поселение для пенсионеров с постоянным уходом, где вы жили до того, как поступили в больницу (если там предоставляются услуги учреждения сестринского ухода).<br>• учреждение сестринского ухода, в котором живет ваш супруг/ваша супруга или ваш гражданский партнер в то время, когда вы выписываетесь из больницы.<br>Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).* | |
| | **Скрининговое обследование на наличие ожирения и терапия для снижения веса**<br>Если ваш индекс массы тела равен 30 и более, мы оплатим услугу консультирования, направленного на помощь в снижении веса. Консультации необходимо получать в учреждениях по оказанию первичной медицинской помощи. Это позволит скоординировать их с вашим общим планом профилактики. За дополнительной информацией обращайтесь к своему поставщику первичного медицинского обслуживания. | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Услуги по программе лечения зависимости от опиоидов (OTP)**<br>Наш план страхования оплачивает следующие услуги по лечению расстройств, вызванных употреблением опиоидов (OUD):<br>• процедуры при поступлении;<br>• регулярные обследования;<br>• лекарства, одобренные FDA, а также, если применимо, контроль применения и выдача вам этих лекарств;<br>• консультирование по поводу расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ;<br>• индивидуальная и групповая терапия;<br>• тестирование на содержание наркотических веществ в вашем организме (токсикологическое тестирование).<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).*<br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Амбулаторные диагностические анализы и обследования, терапевтические услуги и расходные материалы**<br><br>Мы оплачиваем следующие услуги, а также другие необходимые по медицинским показаниям услуги, не перечисленные здесь:<br>• Рентгенография<br>• лучевую терапию (радиевая и изотопная), включая материалы и принадлежности для лаборанта;<br>• хирургические расходные материалы, например повязки;<br>• шины, иммобилизующие аппараты и другие устройства для лечения переломов и вывихов;<br>• лабораторные анализы;<br>• услуги переливания крови, включая хранение и введение;<br>• другие амбулаторные диагностические обследования (включая комплексные обследования, такие как КТ, МРТ, МРА, ОФЭКТ).<br><br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).*<br><br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Услуги амбулаторного отделения больницы**<br><br>Мы оплачиваем необходимые по медицинским показаниям услуги, которые вы получаете в амбулаторном отделении больницы в целях диагностики или лечения заболевания или травмы, например:<br>• Услуги, предоставляемые в отделении неотложной помощи или амбулаторной клинике, такие как амбулаторная хирургия или услуги наблюдения<br>  ○ Услуги наблюдения позволяет врачу понять, требуется ли вам госпитализация в больницу в качестве стационарного пациента.<br>  ○ Иногда вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом, даже если остаетесь в больнице на ночь.<br>  ○ Подробнее об амбулаторном и стационарном лечении можно узнать в этом информационном бюллетене: https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf.<br>• лабораторные и диагностические анализы и обследования, счета за которые выставляет больница;<br>• услуги в сфере психического здоровья, включая обслуживание по программе частичной госпитализации, если врач подтверждает, что при отсутствии такого лечения пациенту потребовалась бы госпитализация в стационар;<br>• рентген и прочие радиологические услуги, счета за которые выставляются больницей;<br>• медицинские расходные материалы, например шины и гипсовые повязки;<br>• профилактические скрининги и услуги, перечисленные в таблице страхового покрытия;<br>• некоторые лекарственные препараты, которые вы не можете вводить или принимать самостоятельно. | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Амбулаторная психиатрическая помощь**<br>Мы оплачиваем услуги в сфере психического здоровья, предоставляемые следующими специалистами:<br>• психиатром или врачом, имеющим лицензию штата;<br>• медицинским психологом;<br>• медико-социальным работником;<br>• клинической медсестрой-специалистом;<br>• лицензированным консультантом-специалистом (LPC);<br>• лицензированным психотерапевтом в области брака и семейных отношений (LMFT);<br>• практикующей медсестрой (NP);<br>• помощником врача (PA);<br>• любым другим специалистом в области психологии или психиатрии, отвечающим критериям, установленным программой Medicare, согласно действующим законам штата.<br>Мы оплачиваем следующие услуги, а также, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь:<br>• услуги клиники;<br>• дневное лечение;<br>• услуги психосоциальной реабилитации;<br>• частичная госпитализация или программы интенсивного амбулаторного лечения;<br>• индивидуальное и групповое обследование и лечение в сфере психического здоровья;<br>• психологическое тестирование при наличии клинических показаний в целях оценки результатов лечения в сфере психического здоровья;<br>• амбулаторные услуги с целью мониторинга медикаментозного лечения;<br>• амбулаторные анализы, лекарства, материалы и пищевые | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | добавки;<br>• консультация психиатра.<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).* | |
| | **Амбулаторные услуги по реабилитации**<br>Мы оплачиваем физиотерапию, трудовую терапию и логопедическую терапию.<br>Вы можете получить амбулаторные реабилитационные услуги в амбулаторных отделениях больниц, частных терапевтических кабинетах, многопрофильных амбулаторных реабилитационных учреждениях (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) и других учреждениях.<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).* | $0 |
| | **Амбулаторное лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ**<br>Мы оплачиваем следующие услуги, а также, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь:<br>• скрининговое обследование с целью выявления злоупотребления алкоголем и консультации для лиц, злоупотребляющих алкоголем;<br>• лечение наркотической зависимости;<br>• групповая или индивидуальная консультация квалифицированного клинического специалиста;<br>• детоксикация при подострых состояниях в рамках программы лечения зависимости с проживанием;<br>• помощь при алкогольной и/или наркотической зависимости в центре интенсивного амбулаторного лечения;<br>• лечение препаратом Naltrexone (vivitrol) длительного действия. | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | *За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).*<br><br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | |
| | **Амбулаторная хирургия**<br><br>Мы оплачиваем амбулаторные хирургические услуги, включая услуги амбулаторных отделений больниц и амбулаторных хирургических центров.<br><br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).*<br><br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | $0 |
| | **Паллиативная помощь**<br><br>Паллиативная помощь оплачивается нашим планом. Паллиативная помощь предназначена для людей с серьезными заболеваниями. Она предоставляет ориентированное на пациента и семью медицинское обслуживание, которое улучшает качество жизни путем прогнозирования, профилактики и лечения страданий. Паллиативная помощь — это **не** хоспис, поэтому для получения паллиативной помощи вам не обязательно иметь ожидаемую продолжительность жизни не более шести месяцев. Паллиативная помощь предоставляется одновременно с получением медицинской помощи / регулярным уходом. Паллиативная помощь включает следующее:<br>• заблаговременное планирование медицинского ухода;<br>• оценка и консультация по паллиативной помощи;<br>• план медицинского обслуживания, включая всю разрешенную паллиативную и медицинскую помощь, включая услуги психиатрической помощи и медико-социальные услуги;<br>• услуги, предоставляемые назначенной вам группой медицинского обслуживания; | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | • координация медицинского обслуживания;<br>• облегчение боли и симптоматическая терапия.<br>Вы можете не получать хосписную и паллиативную помощь одновременно, если вы старше 21 года. Если вы получаете паллиативную помощь и соответствуете критериям для получения хосписной помощи, вы можете в любое время попросить перейти на оказание вам хосписной помощи. | |
| | **Услуги частичной госпитализации и услуги интенсивного амбулаторного лечения**<br>Частичная госпитализация — это структурированная программа активного психиатрического лечения. Лечение предоставляется как услуга в амбулаторном отделении больницы или в общественном центре лечения психических расстройств. Оно более интенсивное, чем лечение, которое вы получаете в кабинете врача, терапевта, лицензированного психотерапевта в области брака и семейных отношений (LMFT) или лицензированного профессионального консультанта. Оно позволяет вам обойтись без 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, психотерапевта, лицензированного психотерапевта в области брака и семейных отношений (LMFT) или лицензированного консультанта-специалиста, но менее интенсивный характер по сравнению с частичной госпитализацией.<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).*<br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Примечание.** Поскольку в нашей сети не представлены общественные центры лечения психических расстройств, мы покрываем частичную госпитализацию только в амбулаторном отделении больницы. | |
| | **Услуги врача/поставщика услуг, включая приемы у врача**<br>Мы покрываем следующие услуги:<br>• необходимое по медицинским показаниям медицинское обслуживание или хирургические услуги, предоставляемые в следующих условиях:<br>• кабинет врача;<br>• сертифицированный амбулаторный хирургический центр;<br>• амбулаторное отделение больницы;<br>• консультации, диагностику и лечение, проводимые специалистом. | $0 |
| | • базовые проверки слуха и вестибулярного аппарата вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания, если ваш врач назначает их вам с целью определить, нуждаетесь ли вы в лечении;<br>• Определенные услуги телемедицины, в том числе: услуги неотложной медицинской помощи, услуги по уходу на дому, услуги поставщика первичного медицинского обслуживания, трудовая терапия, услуги врача узкой специализации, индивидуальная и групповая терапия в сфере психического здоровья, услуги подиатра, услуги других медицинских специалистов, индивидуальная и групповая терапия в области психиатрии, физиотерапия и услуги логопеда, индивидуальная и групповая 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 | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | 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. | |
| | • услуги телемедицины для ежемесячных приемов в связи с терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD) у пациентов, получающих диализ на дому; предоставляются в больничном центре гемодиализа, больничном центре гемодиализа с неограниченным доступом, учреждении гемодиализа или на дому;<br>• услуги телемедицины для диагностики, оценки или лечения симптомов инсульта;<br>• услуги телемедицины для участников плана с алкогольной или наркотической зависимостью или сопутствующим психическим расстройством;<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; | |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | • 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;<br>• 5–10-минутные виртуальные консультации с вашим врачом (например, по телефону или по видеосвязи), **если:**<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.<br>**Продолжение на следующей странице.** | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Услуги врача/поставщика услуг, включая приемы у врача (продолжение)**<br>• 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.<br>• Проведение вашим врачом консилиума с другими лечащими врачами по телефону, через Интернет или путем оценки электронной истории болезни, если вы не новый пациент<br>• Независимое заключение другого сетевого поставщика услуг перед проведением хирургического вмешательства<br>• Внеплановое стоматологическое обслуживание. Страховое покрытие ограничено следующими услугами:<br>○ хирургические процедуры на челюсти или смежных структурах;<br>○ репозиционирование переломов челюсти или лицевых костей;<br>○ удаление зубов для подготовки к лучевой терапии челюсти при наличии злокачественных новообразований;<br>○ услуги, которые покрывались бы в случае их предоставления лечащим врачом.<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).*<br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Подиатрические услуги**<br>Мы покрываем следующие 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 плана страхования с заболеваниями, влияющими на нижние конечности (например, сахарный диабет).<br>Дополнительный плановый уход за стопами с ограничением в 12 приемов за год.<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).*<br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | $0 |
| | **Скрининговые обследования на выявление рака предстательной железы**<br>Для мужчин в возрасте от 50 лет мы оплачиваем следующие услуги однократно каждые 12 месяцев:<br>• пальцевое ректальное исследование;<br>• анализ на простатический специфический антиген (PSA).<br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Протезы и ортопедические изделия, а также связанные с ними принадлежности**<br>Протезы служат для полной или частичной замены части тела или функции. Сюда относится в том числе следующее:<br>• тестирование, подгонка или обучение использованию протезов и ортопедических изделий;<br>• калоприемники и принадлежности, напрямую связанные с уходом за колостомой;<br>• оборудование для энтерального и парентерального питания, в том числе наборы для введения питательных смесей, инфузионные насосы, системы трубок и переходники, растворы и принадлежности для самостоятельных инъекций;<br>• электрокардиостимуляторы;<br>• ортезы;<br>• ортопедическая обувь;<br>• искусственные руки и ноги;<br>• протезы молочной железы (включая послеоперационный бюстгальтер после мастэктомии);<br>• полные или частичные протезы, заменяющие внешнюю часть лица, которая была удалена или повреждена в результате заболевания, травмы либо врожденной патологии;<br>• кремы и подгузники для страдающих недержанием.<br>Мы оплачиваем некоторые сопутствующие принадлежности и ортопедические изделия при наличии протезов. Мы также оплачиваем ремонт или замену протезов и ортопедических изделий.<br>Мы предлагаем страховое покрытие в определенном объеме после удаления катаракты или операции на катаракте. Более подробную информацию см. в пункте «Офтальмологические услуги» далее в данной таблице.<br>Мы не оплачиваем стоматологическое протезирование.<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).* | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Услуги легочной реабилитации**<br><br>Мы оплачиваем программы легочной реабилитации участникам плана, страдающим хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) степени от умеренной до тяжелой. У вас должно быть направление на легочную реабилитацию от врача или поставщика услуг по лечению ХОБЛ.<br><br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | $0 |
| | **Скрининговые обследования на выявление инфекций, передающихся половым путем (Sexually Transmitted Infection, STI), и консультирование**<br><br>Мы оплатим скрининговые обследования на хламидиоз, гонорею, сифилис и гепатит B. Эти скрининговые обследования покрываются для беременных женщин, а также для некоторых людей с высоким риском заражения STI. Поставщик первичного медицинского обслуживания должен назначить анализы. Мы покрываем эти обследования раз в 12 месяцев или в определенные моменты времени в период беременности.<br><br>Мы также оплачиваем до двух индивидуальных высокоинтенсивных сеансов консультирования в сфере психического здоровья ежегодно для сексуально активных совершеннолетних, относящихся к группе высокого риска заражения ИППП. Каждый сеанс длится от 20 до 30 минут. Мы оплачиваем эти консультации как профилактические услуги только в том случае, если они предоставляются поставщиком первичного медицинского обслуживания. Консультации должны проводиться в учреждении первичной медицинской помощи, например в кабинете врача. | $0 |
| | **Услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода (SNF)**<br><br>Мы оплачиваем следующие услуги, а также, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь:<br>• пребывание в двухместной палате или одноместной палате, если это необходимо по медицинским | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | показаниям;<br>• питание, включая особые диеты;<br>• услуги медсестры;<br>• физиотерапию, трудотерапию и речевую терапию;<br>• лекарства, которые вы получаете как часть плана вашего лечения, включая вещества, которые образуются в организме естественным путем, например факторы свертывания крови;<br>• услуги переливания крови, включая хранение и введение;<br>• медицинские и хирургические принадлежности, используемые в учреждениях сестринского ухода;<br>• лабораторные анализы, выполняемые учреждением сестринского ухода;<br>• рентген и другие радиологические исследования, выполняемые учреждением сестринского ухода;<br>• приспособления, например инвалидные коляски, обычно предоставляемые учреждением сестринского ухода;<br>• услуги врача/поставщика услуг.<br>Как правило, вы получаете обслуживание в сетевых учреждениях. Однако вы можете получать услуги учреждения, не входящего в нашу сеть. Вы можете обращаться за обслуживанием в следующие учреждения, если они согласны принимать оплату, предусмотренную нашим планом:<br>• учреждение сестринского ухода или учреждение пансионатного типа для пожилых людей, в котором вы проживали до момента поступления в больницу (если в нем предоставляются услуги учреждения сестринского ухода);<br>• учреждение сестринского ухода, в котором живет ваш супруг/ваша супруга или ваш гражданский партнер в то время, когда вы выписываетесь из больницы. | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | *За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).*<br><br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | |
| | **Отказ от курения и употребления табака**<br><br>Если вы употребляете табак, но у вас нет признаков или симптомов заболеваний, связанных с употреблением табака, при этом вы хотите или вам нужно бросить курить:<br>• Мы оплачиваем услуги, направленные на две попытки бросить курить в течение 12 месяцев, в рамках профилактических услуг. Эта услуга бесплатна для вас. Каждая попытка бросить курить предусматривает до четырех индивидуальных консультаций.<br><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:<br>• Мы оплачиваем консультации, направленные на две попытки бросить курить в течение 12 месяцев. В каждую попытку отказаться от курения с помощью консультаций входит до четырех индивидуальных бесед. | $0 |
| | **Платформа социальной поддержки**<br><br>Наш план предоставляет онлайн-платформу социальной поддержки для поддержания вашего общего благополучия. У вас есть доступ к сообществу, терапевтическим мероприятиям и ресурсам, финансируемым планом, которые помогут справиться со стрессом и тревожностью. Платформа позволяет вам легко присоединиться к плану и оставаться вовлеченным в процесс поддержания здорового психического здоровья. Она доступна круглосуточно и без выходных, поэтому вы можете использовать ее в любое время.<br><br>Платформа Twill включает: | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | • индивидуальные оздоровительные программы: индивидуализированные 4-недельные самостоятельные программы доступа к терапевтическим средствам Twill, разработанные для улучшения физического и эмоционального благополучия, включающие идеи экспертов по здоровому старению для оказания специальной поддержки участникам. Придерживайтесь программ в удобном для вас темпе и отслеживайте свой прогресс, чтобы следить за улучшениями в вашем состоянии здоровья.<br>• поддержку коллег и экспертов: общайтесь с помощью Twill Care в модерируемом общественном пространстве для взаимодействия с коллегами и медицинскими экспертами. Получите доступ к клинически проверенным статьям и получите персонализированные рекомендации по дополнительным услугам Wellcare в зависимости от вашего взаимодействия и выявленных потребностей.<br>• персонализированные цифровые медицинские инструменты: принимайте участие в интерактивных мероприятиях, медитациях и играх, основанных на когнитивно-поведенческой терапии, осознанности и позитивной психологии. Эти инструменты охватывают такие ключевые темы, как здоровое старение, контроль изоляции, уход, скорбь и поиск цели старения, а также многое другое.<br>Участники могут получить доступ к платформе, войдя на свой портал для участников www.wellcare.com/healthnetCA или позвонив в отдел обслуживания участников. После регистрации вы можете получить доступ к платформе непосредственно в любое время с компьютера, планшета или смартфона. | |
| | **Лечебная физкультура под надзором специалиста (SET)**<br>Мы оплачиваем услуги SET для участников плана с симптоматическим заболеванием периферических артерий (PAD), у которых есть направление в связи с PAD от врача, | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | занимающегося лечением PAD.<br>Наш план страхования оплачивает:<br>• до 36 занятий в течение 12 недель, если соблюдены все требования для получения услуг SET<br>• дополнительные 36 занятий впоследствии, если поставщик услуг сочтет это необходимым по медицинским показаниям<br>Программа SET должна соответствовать следующим критериям:<br>• 30–60 минутные занятия лечебной физкультурой по программе при PAD для участников со спастическими болями в ногах из-за плохого кровообращения (перемежающаяся хромота)<br>• занятия проводятся в амбулаторном отделении больницы или в кабинете врача<br>• занятия проводятся квалифицированным персоналом, следящим за тем, чтобы польза превышала возможный вред, и обученным проведению лечебной физкультуры при PAD<br>• занятия проводятся под непосредственным надзором врача, помощника врача или квалифицированной медсестры/клинической медсестры-специалиста, обученным базовым и специальным приемам реанимации<br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | |
| | **Транспортные услуги: Неэкстренная медицинская транспортировка**<br>Эта покрываемая услуга обеспечивает наиболее экономичную и доступную транспортировку. Сюда могут относиться услуги медицинской транспортировки на машине скорой помощи, автомобиле для перевозки лежачих больных, автомобиле, оборудованном для перевозки инвалидных колясок, а также координация действий с социальными перевозками престарелых и инвалидов. | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | Формы транспортировки разрешены в следующих случаях:<br>• ваше медицинское и/или физическое состояние не позволяет вам путешествовать на автобусе, легковом автомобиле, такси или другом виде общественного или частного транспорта; **и**<br>• может потребоваться предварительное разрешение в зависимости от услуги. | |
| | **Транспортные услуги: Немедицинская транспортировка**<br>Эта покрываемая программами Medicare и Medi-Cal услуга обеспечивает транспортировку к месту оказания медицинских услуг на легковом автомобиле, такси или других видах общественного/частного транспорта.<br>Транспортировка осуществляется с целью получения необходимой медицинской помощи, включая поездки к стоматологу и поездки в аптеку за рецептурными лекарственными препаратами.<br>Обращение за этой покрываемой услугой не ограничивает ваши возможности использования услуги неэкстренной медицинской транспортировки.<br>Наш план Medicare покрывает 12 поездок в одну сторону в рамках неэкстренной транспортировки по земле в пределах нашей зоны обслуживания ежегодно. Услуги транспортировки сверх 12 поездок покрываются в рамках Medi-Cal. Эта льгота позволяет получить необходимое обслуживание и услуги. Вам может быть предоставлена поездка в медицинское учреждение, например к докторам, врачам узкой специализации или стоматологу.<br>Ограничение составляет 75 миль в одну сторону и максимум четыре поездки в одну сторону в день. Для бронирования поездки позвоните по номеру службы транспортировки, указанному на задней стороне вашей ID-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 | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | 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. 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.<br>Для получения дополнительной информации о процедуре обращения за услугами неэкстренной медицинской транспортировки см. **раздел G2 главы 3**.<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).* | |
| | **Неотложная медицинская помощь**<br>Неотложная медицинская помощь — это медицинская помощь, предоставляемая для лечения:<br>• состояния, не требующего срочного вмешательства, которое требует оказания незамедлительной медицинской помощи, **или**<br>• внезапной болезни, **или**<br>• травмы; **или**<br>• состояния, требующего немедленной медицинской помощи.<br>Если вам необходима неотложная медицинская помощь, вы обязаны сначала попытаться получить ее от сетевого поставщика. Однако вы также можете обращаться к внесетевым поставщикам услуг, если в силу вашего времени, места или имеющихся | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | обстоятельств вы не можете попасть на прием к сетевому поставщику услуг, поскольку это невозможно или нецелесообразно (например, если вы 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). | |
| | **Модель программы ценностно-ориентированного страхования (VBID)**<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: Вы должны продолжать участие в этом плане и соответствовать критериям для получения LIS, получать услуги в рамках программы VBID. Это пособие объединяется с вашим пособием на безрецептурные препараты. Дополнительную информацию о карте Wellcare Spendables см. в разделе Wellcare Spendables этой таблицы.<br>**Оплата бензина у бензоколонки**<br>Вы можете использовать свою карту для оплаты бензина прямо у бензоколонки в участвующих в плане местах. Карту нельзя использовать для оплаты лично на кассе. Карту можно использовать для заправки автомобиля бензином только до определенной разрешенной суммы.<br>**Продолжение на следующей странице.** | $0 |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Модель программы ценностно-ориентированного страхования (VBID) (продолжение)**<br>**Здоровое питание**<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>**Средства для обустройства дома и обеспечения безопасности**<br>Вы можете использовать свою карту как вспомогательное средство для оплаты расходов на обустройство дома и обеспечение безопасности. Войдите на ваш портал участника, чтобы приобрести принятые товары. Утверждены следующие товары:<br>• поручни или дверные ручки и нескользящие напольные покрытия;<br>• безопасные стулья и средства для модификации ванной комнаты;<br>• портативные системы кондиционирования воздуха и изделия для обеспечения качества воздуха;<br>• средства борьбы с вредителями и насекомыми.<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>**Продолжение на следующей странице.** | |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Модель программы ценностно-ориентированного страхования (VBID) (продолжение) 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>• Услуги кабельного телевидения (за исключением онлайн-кинотеатров)<br>• Определенные расходы на бензин, например в качестве печного топлива | |
| | **Офтальмологические услуги**<br>Мы покрываем следующие услуги:<br>Мы оплачиваем амбулаторные услуги врача, направленные на диагностику и лечение заболеваний и травм глаза. Например, сюда входят ежегодные проверки зрения в связи с диабетической ретинопатией для лиц с сахарным диабетом, а также лечение возрастной дегенерации желтого пятна.<br>Для лиц с высоким риском развития глаукомы мы оплачиваем один скрининг глаукомы ежегодно. В число людей с высоким риском развития глаукомы входят:<br>• лица с глаукомой в семейном анамнезе;<br>• лица с сахарным диабетом;<br>• афроамериканцы в возрасте 50 лет и старше;<br>• латиноамериканцы в возрасте 65 лет и старше; | $0 |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | Мы оплачиваем одну пару очков или контактных линз после каждой операции по поводу катаракты, которая включает введение интраокулярных линз.<br>**Продолжение на следующей странице.** | |
| | **Офтальмологические услуги (продолжение)**<br>Если у вас было две отдельные операции по удалению катаракты, вы должны получить по одной паре очков после каждой операции. Вы не можете получить две пары очков после второй операции, даже если не получали пару очков после первой операции.<br>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.<br>• Неограниченное количество средств коррекции зрения по рецепту ежегодно на максимальную сумму $100 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 $100 ежегодно относится к розничной стоимости оправ и/или линз (включая все варианты обработки линз, такие как тонирование и покрытие).<br>Вы несете ответственность за любые расходы на дополнительные (плановые) средства коррекции зрения сверх максимальной покрываемой суммы. | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | 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>**Продолжение на следующей странице.** | |
| | **Офтальмологические услуги (продолжение)**<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.<br>*За исключением экстренных ситуаций для получения страхового покрытия может требоваться предварительное разрешение (одобрение).*<br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | |

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | **Профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare»**<br>Мы покрываем однократный профилактический прием «Добро пожаловать в Medicare». В программу визита входят:<br>• проверка состояния вашего здоровья;<br>• обучение и консультации по необходимым профилактическим услугам (включая обследования и прививки); **и**<br>• направления для получения других медицинских услуг, если вы в них нуждаетесь.<br>**Примечание.** Мы оплачиваем первичный профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare» только в течение первых 12 месяцев после того, как вы стали участником программы Medicare Part B. Когда вы будете записываться на прием, сообщите сотрудникам кабинета вашего врача о том, что вы хотите записаться на профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare».<br>*Обратитесь к своему поставщику услуг и получите направление.* | $0 |
| | **Wellcare Spendables™**<br>Вы будете получать **$66 ежемесячно** в виде предварительных поступлений на вашу карту Wellcare Spendables™. Неиспользованная сумма ежемесячной денежной компенсации переносится на следующий месяц и сгорает в конце страхового года.<br>**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 | Доплата не предусмотрена.<br>Для некоторых заказов может быть предусмотрена бесплатная доставка при сумме заказа не менее $35.<br>Минимальные требования для покупок в магазинах отсутствуют. |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | • Используйте сканер штрихкодов в приложении, чтобы найти одобренные товары в розничных точках, войдите на портал для участников или изучите каталог.<br><br>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 карту для получения любой льготы из представленных ниже:**<br>• Оплата бензина у бензоколонки<br>• Здоровое питание<br>• Средства для обустройства дома и обеспечения безопасности<br>• Помощь с оплатой аренды<br>• Помощь с оплатой коммунальных услуг<br><br>Более подробную информацию об этих услугах см. в разделе «Модель программы ценностно-ориентированного страхования (VBID)» в этой таблице.<br><br>**Продолжение на следующей странице.** | |
| | **Wellcare Spendables™ (продолжение)**<br><br>**Правила пользования картой:**<br>• Активируйте карту перед использованием. Инструкции приведены в письме, полученном вместе с картой.<br>• Посетите участвующий в программе розничный магазин, войдите на портал по указанной ниже ссылке или загрузите мобильное приложение.<br>• Выберите одобренные для вас товары/услуги.<br>• На кассе оплатите покупку картой Wellcare Spendables™. | |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги, покрываемые нашим планом | | Сумма, которую платите вы |
|---|---|---|
| | При заказе в онлайн-магазине или через мобильное приложение введите номер карты при оформлении заказа.<br>• 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.<br>**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 исключения, покрываются только одобренные товары.<br>• Эта льгота не относится к страховому покрытию в рамках Medicaid.<br>**Для получения дополнительной информации о карте Wellcare Spendables™ или запроса каталога позвоните по номеру 1-855-744-8550, TTY: 711.**<br>**С 1 октября по 31 марта наши 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. Звонки бесплатные. Либо посетите веб-сайт по адресу:** member.membersecurelogin.com. | |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

## E. Услуги поддержки по месту жительства

Вы можете получить поддержку в рамках вашего индивидуального плана медицинского обслуживания. Услуги поддержки по месту жительства являются целесообразной с медицинской точки зрения и экономичной альтернативой медицинским услугам или местам проживания, покрываемым планом Medi-Cal штата. Эти услуги не являются обязательными для участников. Если вы соответствуете требованиям, эти услуги помогут расширить границы вашей самостоятельности. Они не заменяют собой услуги, которые вы уже получаете в рамках программы Medi-Cal.

Услуги поддержки по месту жительства (CS) — это программа развития и инноваций California Medi-Cal (CalAIM), реализуемая Департаментом здравоохранения штата California (DHCS). Это одна из многих программ, направленных на улучшение здоровья участников программы Medi-Cal по всему штату.

План Wellcare by Health Net сотрудничает с поставщиками услуг CS, которые являются общественными организациями, имеющими опыт работы непосредственно в сообществе, которое понимает потребности участников. Ключевая цель — позволить участникам получать медицинское обслуживание в местах, где они чувствуют себя наиболее комфортно, и сделать так, чтобы они продолжали жить дома или участвовать в жизни сообщества. Существует 14 видов услуг, которые могут помочь участникам, как описано в таблицах ниже.

Если вам нужна помощь или вы хотите узнать, какие услуги поддержки по месту жительства могут быть доступны для вас, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-833-236-2366 (TTY: 711) или своему поставщику медицинских услуг.

**Услуги по решению проблемы бездомности и обеспечению жильем:**

| Услуги поддержки по месту жительства | Что вы можете получить |
|---|---|
| Навигационные услуги при смене жилья | **Помощь в получении жилья**. Сюда может входить помощь с:<br>• поиском места жительства или жильем;<br>• тем, как подать заявление на получение жилья;<br>• составлением плана жилищной поддержки.<br>Услуги доступны во всех округах.<br>**Вы можете получать услуги, если:**<br>• вы зарегистрированы для получения помощи с жильем в местной системе Coordinated Entry System для бездомных или |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Услуги поддержки по месту жительства | Что вы можете получить |
|---|---|
| | ее аналоге.<br>• вы в данный момент не имеете жилья.<br>• у вас есть риск остаться без жилья. |
| Услуги по аренде и сохранению жилья | Помощь с **обслуживанием жилья после переезда**. Она может включать поддержку с составлением бюджета и своевременной оплатой аренды. Вам также могут помочь разобраться в ваших правах и обязанностях в рамках договора аренды.<br>Услуги доступны во всех округах.<br>**Вы можете получать услуги, если:**<br>• Получаете навигационные услуги / услуги при смене жилья.<br>• вы зарегистрированы для получения помощи с жильем в местной системе Coordinated Entry System для бездомных или ее аналоге.<br>• вы в данный момент не имеете жилья.<br>• у вас есть риск остаться без жилья. |
| Предоставление депозитов на жилье | **Помощь в получении жилья**. Покрытие включает:<br>• залоговые суммы для аренды жилья;<br>• покрытие платы за коммунальные услуги в первый месяц;<br>• стоимость аренды за первый и последний месяц, если ее требуется оплатить для заселения.<br>Услуги доступны во всех округах.<br>**Вы можете получать услуги, если:**<br>• Получаете навигационные услуги / услуги при смене жилья.<br>• вы зарегистрированы для получения помощи с жильем в местной системе Coordinated Entry System для бездомных или ее аналоге.<br>• вы в данный момент не имеете жилья. |

**Услуги реабилитации:**

| Услуги поддержки по месту жительства | Что вы можете получить |
|---|---|
| Реабилитация (медицинская передышка для бездомных) | **Краткосрочное проживание с уходом в соответствующих учреждениях для тех, кому больше не нужна госпитализация, но требуется время на лечение** травмы или болезни.<br>Услуги доступны в избранных округах.<br>**Вы можете получать услуги, если:**<br>• у вас есть риск госпитализации, или вас выписали из больницы;<br>• вы проживаете в одиночестве без формальной поддержки;<br>• Вы рискуете утратить жилье, либо условия в вашем жилье представляют угрозу для здоровья и безопасности, если не будет выполнено переоборудование. |
| Кратковременное замещение лица, осуществляющего уход | **Краткосрочный отдых для лиц, осуществляющих уход за теми, кому уход** или поддержка требуется на короткое время.<br>Услуги доступны во всех округах.<br>**Вы можете получать услуги, если:**<br>• вы проживаете в месте, где ограничивается ваша активность в течение дня;<br>• Вам в большинстве случаев требуется помощь лица, осуществляющего уход;<br>• Лицу, осуществляющему уход за вами, требуется отдых, чтобы вы не попали в центр сестринского ухода или подобное учреждение. |

| Услуги поддержки по месту жительства | Что вы можете получить |
|---|---|
| Краткосрочное проживание после госпитализации | **Место, где вы можете продолжать получать** психологическую, психиатрическую и наркологическую помощь сразу после выписки из больницы.<br><br>Услуги доступны в избранных округах.<br><br>**Вы можете получать услуги, если:**<br>• вы выписываетесь из лечебницы;<br>• вы покидаете стационар в больнице;<br>• Вы являетесь бездомным лицом в соответствии с определением, принятым Управлением жилищного строительства и городского развития (HUD). |
| Вытрезвители | **Место, где вы можете получить помощь, касающаяся алкоголя и проблем, вызванных его употреблением**, и избежать попадания в отделение неотложной помощи или под стражу.<br><br>Услуги доступны в избранных округах.<br><br>**Вы можете получать услуги, если:**<br>• вам 18 лет или больше, и вы пьяны;<br>• вас помещают в отделение неотложной помощи или под стражу;<br>• вас отправляют в отделение неотложной помощи, и вы соответствуете критериям для отправки в вытрезвитель. |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

**Услуги для долгосрочного обеспечения здоровья в условиях, близких к домашним:**

| Услуги поддержки по месту жительства | Описание |
|---|---|
| Облегчение бронхиальной астмы | **Модификации** дома для устранения опасных причин, вызывающих бронхиальную астму. Услуги доступны во всех округах.<br>**Вы можете получать услуги, если:**<br>• В течение последних 12 месяцев у вас проявлялась слабоконтролируемая бронхиальная астма согласно диагнозу, установленному во время:<br>○ визита в отделение неотложной помощи;<br>○ госпитализации;<br>○ двух приемов у врача по причине болезни или для получения неотложной медицинской помощи.<br>• Вы получили 19 баллов или меньше по результатам теста на контроль бронхиальной астмы. |
| Реабилитация в центре дневного пребывания | **Программы, помогающие вам приобрести навыки, необходимые для проживания в условиях, близких к домашним.** Они могут включать обучение использованию общественного транспорта или приготовлению пищи.<br>Услуги доступны во всех округах.<br>**Вы можете получать услуги, если:**<br>• вы в данный момент не имеете жилья.<br>• вы больше не являетесь бездомными и заселились в жилье в течение последних 24 месяцев.<br>• вы рискуете остаться без жилья. Или условия, близкие к домашним, нуждаются в улучшении. |

| Услуги поддержки по месту жительства | Описание |
|---|---|
| Адаптация к жизни в обществе | **Модификации дома для вашего здоровья и безопасности.** Также модификации, позволяющие вам свободно действовать в доме. Такие услуги могут включать установку пандусов и поручней.<br>Услуги доступны во всех округах.<br>**Вы можете получать услуги, если:**<br>• Вы рискуете попасть в центр сестринского ухода. |
| Питание / питание с учетом индивидуального диагноза | **Питание с доставкой к вам домой, приготовленное с учетом вашего здоровья и диеты**. Включает питание, необходимое после выписки из больницы.<br>Услуги доступны во всех округах.<br>**Вы можете получать услуги, если:**<br>• вы имеете хронические заболевания.<br>• вас выписывают из больницы или центра квалифицированного сестринского ухода.<br>• Вы рискуете попасть в больницу или центр сестринского ухода.<br>• вы имеете специальные потребности в координации медицинского обслуживания.<br>• вы прошли оценку у квалифицированного диетолога или лицензированного специалиста по питанию. |

| Услуги поддержки по месту жительства | Описание |
|---|---|
| Переселение из центра сестринского ухода / помещение в учреждение для проживания с уходом (ALF) | **Услуги, помогающие вам переехать из центра сестринского ухода в жилье в сообществе, например, в учреждение для проживания с уходом**. Эти услуги также могут помочь вам избежать помещения в центр сестринского ухода.<br>Услуги доступны во всех округах.<br>**Вы можете получать услуги, если:**<br>Для перевода из центра сестринского ухода<br>• вы проживали в центре сестринского ухода более 60 дней.<br>• Вы хотите жить в учреждении для проживания с уходом (месте, где вам помогут удовлетворять ваши ежедневные потребности в медицинском обслуживании), а не в центре сестринского ухода.<br>• Вы можете безопасно жить в учреждении для<br>проживания с уходом при оказании поддержки. Для<br>направления вместо центра сестринского ухода<br>• вы желаете остаться в сообществе.<br>• вы хотите и можете безопасно жить в учреждении для проживания с уходом при оказании поддержки.<br>• Вы получаете услуги центра сестринского ухода или соответствуете минимальным стандартам для их получения. |

| Услуги поддержки по месту жительства | Описание |
|---|---|
| Переезд для проживания в сообществе / переезд из центра сестринского ухода домой | **Услуги для помощи при переезде из центра сестринского ухода домой,** где вам необходимо оплачивать расходы на проживание.<br>Услуги доступны во всех округах.<br>**Вы можете получать услуги, если:**<br>• вы получаете необходимый по медицинским показаниям уход на уровне центра сестринского ухода.<br>• вы проживали в центре сестринского ухода и/или учреждении ухода для восстановления более 60 дней.<br>• вы желаете вернуться в сообщество.<br>• вы можете безопасно жить в сообществе при получении услуг поддержки. |
| Услуги персонального ухода и ведения домашнего хозяйства | **Услуги для помощи с выполнением повседневных задач**, таких как купание, одевание, уборка дома и покупка продуктов.<br>Услуги доступны во всех округах.<br>**Вы можете получать услуги, если:**<br>• вы рискуете попасть в больницу или центр сестринского ухода.<br>• человек, которому помощь требуется ежедневно, и вы не используете другую систему поддержки.<br>• для вас одобрено предоставление услуг поддержки на дому. |

Если вам нужна помощь или вы хотите узнать, какие услуги поддержки по месту жительства могут быть доступны для вас, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-833-236-2366 (TTY: 711) или своему поставщику медицинских услуг.

## F. Услуги, покрываемые вне нашего плана страхования

Мы не покрываем следующие услуги, однако они доступны в рамках Original Medicare или Medi-Cal Fee-For-Service.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

## F1. Программа штата California по переходу на обслуживание по месту жительства (CCT)

В рамках Программы штата California по переходу на обслуживание по месту жительства (CCT) местные координирующие организации помогают участникам программы Medi-Cal, которые соответствуют критериям и при этом провели в стационарном учреждении не менее 90 дней подряд, адаптироваться к жизни в сообществе по возвращении домой и безопасно проживать и получать необходимые услуги по месту жительства. Программа CCT финансирует услуги по координации смены обслуживания до самого перехода и в течение 365 дней после него с целью помочь участникам программы адаптироваться к жизни в сообществе.

Вы можете получать услуги по координации смены обслуживания в любой координирующей организации CCT, которая обслуживает округ вашего проживания. Список координирующих организаций CCT и округов, которые они обслуживают, доступен на веб-сайте Департамента здравоохранения по адресу: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

**Услуги по координации смены обслуживания в рамках программы CCT**

Программа Medi-Cal оплачивает услуги по координации смены обслуживания. Вы ничего не платите за эти услуги.

**Услуги, не связанные со сменой обслуживания в рамках программы CCT**

Поставщик услуг выставляет нам счет за полученные вами услуги. Наш план страхования оплачивает услуги, предоставленные после вашего перехода на обслуживание по месту жительства. Вы ничего не платите за эти услуги.

В период, пока вы получаете услуги по координации смены обслуживания в рамках программы CCT, мы оплачиваем услуги, перечисленные в таблице страхового покрытия в **разделе D** этой главы.

**Страховое покрытие лекарственных препаратов остается без изменений**

Программа CCT **не** покрывает лекарственные препараты. Вы будете и дальше получать страховое покрытие лекарственных препаратов в обычном объеме через наш план страхования. Дополнительную информацию см. в **разделе F главы 5** вашего *Справочника участника плана*.

**Примечание.** Если вы нуждаетесь в медицинской помощи вне смены обслуживания в рамках программы CCT, обратитесь к своему координатору медицинского обслуживания для организации оказания вам этих услуг. Медицинская помощь вне смены обслуживания в рамках программы CCT — это помощь, **не** связанная с вашим переходом на обслуживание по месту жительства при выписке из медицинского учреждения.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

## F2. Программа стоматологического обслуживания Medi-Cal

Некоторые стоматологические услуги доступны через программу стоматологического обслуживания Medi-Cal. Дополнительная информация представлена на веб-сайте SmileCalifornia.org. Программа стоматологического обслуживания Medi-Cal включает, помимо прочего, такие услуги, как:

- 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

Для получения дополнительной информации о страховом покрытии стоматологических услуг, предоставляемых в рамках программы стоматологического обслуживания со сдельной оплатой Medi-Cal, или помощи в поиске стоматолога, который работает по программе Medi-Cal, обратитесь в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-322-6384 (при использовании TTY набирайте 1-800-735-2922). Звонок бесплатный. Представители программы стоматологического обслуживания Medi-Cal 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 SmileCalifornia.org.

В округах Sacramento и Los Angeles вы можете получать стоматологические услуги по программе Medi-Cal с помощью плана управляемого стоматологического ухода (DMC). Если вам нужна дополнительная информация о планах со стоматологическим покрытием по программе Medi-Cal или вы хотите внести изменения, 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. Контактные данные DMC также доступны здесь: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

**Примечание.** Наш план страхования предлагает дополнительные стоматологические услуги. Дополнительную информацию см. в таблице страхового покрытия в **разделе D**.

## F3. Услуги хосписа

У вас есть право выбрать хоспис, если ваш поставщик услуг и главврач хосписа установят у вас терминальное заболевание. Это означает, что у вас смертельное заболевание, и вам, как ожидается, осталось жить не более шести месяцев. Вы можете получить услуги хосписа по любой программе, сертифицированной Medicare. План обязан помочь вам найти сертифицированную Medicare хосписную программу. Ваш лечащий врач в хосписе может быть сетевым поставщиком

или поставщиком, не входящим в сеть.

Дополнительную информацию о покрываемых нами услугах в период получения вами услуг хосписа см. в таблице страхового покрытия в **разделе D**.

**Услуги хосписа и услуги, покрываемые в рамках Medicare Part A или Medicare Part B и связанные с вашим заболеванием в терминальной стадии**

- Поставщик услуг хосписа выставляет Medicare счет за полученные вами услуги. Medicare оплачивает услуги хосписа, связанные с вашим заболеванием в терминальной стадии. Вы ничего не платите за эти услуги.

**Услуги, покрываемые в рамках Medicare Part A или Medicare Part B и не связанные с вашим заболеванием в терминальной стадии**

- Поставщик услуг выставляет Medicare счет за полученные вами услуги. Medicare оплачивает услуги, покрываемые по программе Medicare Part A или Medicare Part B. Вы ничего не платите за эти услуги.

**Лекарственные препараты, которые могут покрываться нашим планом страхования в рамках программы Medicare Part D**

- Расходы на препараты никогда не покрываются одновременно и хосписом, и нашим планом. Дополнительную информацию см. в **разделе F главы 5** вашего *Справочника участника плана*.

**Примечание.** Если у вас серьезное заболевание, вы можете иметь право на получение паллиативной помощи, которую предоставляет консилиумное, ориентированное на пациента и семью лечение для улучшения качества вашей жизни. Вы можете получать паллиативную помощь одновременно с получением медицинской помощи / регулярным уходом. Для получения дополнительной информации см. раздел «Паллиативная помощь» выше.

**Примечание.** Если вы нуждаетесь в медицинской помощи вне хосписа, обратитесь к своему координатору медицинского обслуживания для организации оказания вам этих услуг. Медицинская помощь вне хосписа — это обслуживание, не связанное с терминальной стадией неизлечимого заболевания.

## F4. Услуги поддержки на дому (IHSS)

- программа IHSS помогает с оплатой услуг, необходимых для того, чтобы вы продолжали безопасно жить дома. Программа IHSS считается альтернативой обслуживанию вне дома, например, в центре сестринского ухода или учреждении с уходом и проживанием.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Через программу IHSS могут быть одобрены такие типы услуг, как уборка дома, помощь с приготовлением пищи, стирка, покупка продуктов, помощь с личной гигиеной (например, помощь с опорожнением кишечника и мочевого пузыря, принятие ванны, уход за внешним видом и доврачебная медицинская помощь), сопровождение на приемы к врачу и надзор за пациентами с психическими нарушениями.
- Ваш координатор медицинского обслуживания поможет вам подать заявку на вступление в программу IHSS через отделение социальных служб вашего округа. Контактные данные отделения социальных служб округа см. в **разделе J главы 2**.

## F5. Альтернативные программы обслуживания на дому и по месту жительства (HCBS) в соответствии с Разделом 1915(c)

**Альтернативная программа проживания с уходом (ALW)**

- Альтернативная программа проживания с уходом (ALW) предоставляет соответствующим критериям участникам программы Medi-Cal возможность выбрать учреждение для проживания с уходом в качестве альтернативы долгосрочному пребыванию в учреждении сестринского ухода. Цель программы ALW — упростить адаптацию к жизни в сообществе при выписке из учреждения сестринского ухода домой или не допустить поступления в учреждение квалифицированного сестринского ухода для участников программы, которым неизбежно требуется пребывание в учреждении сестринского ухода.
- Участники плана, вступившие в программу ALW, могут продолжать пользоваться услугами программы ALW, одновременно получая страховое покрытие в рамках нашего плана. Наш план страхования будет координировать получение вами необходимых услуг совместно с вашей организацией по координации ухода в рамках программы ALW.
- Ваш координатор медицинского обслуживания поможет вам подать заявку на вступление в программу ALW. Актуальный список организаций по координации ухода в рамках программы ALW см. на веб-сайте https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx.

**Альтернативная программа HCBS для жителей штата California с нарушениями развития (HCBS-DD)**

**Альтернативная программа свободного волеизъявления в штате California (SDP) для лиц с нарушениями развития**

- Две альтернативные программы, действующие в соответствии с Разделом 1915(c), — альтернативная программа HCBS-DD и альтернативная программа SDP — предоставляют услуги лицам с диагностированным нарушением развития, которое наблюдалось еще до наступления 18-летнего возраста и считается неизлечимым. Обе альтернативные

программы представляют собой способ финансирования определенных услуг, которые позволяют лицам с нарушениями развития жить дома или в сообществе вместо проживания в лицензированном медицинском учреждении. Расходы на такие услуги оплачиваются совместно программой Medicaid от федерального правительства и штатом California. Ваш координатор медицинского обслуживания поможет вам обратиться за услугами в рамках альтернативной программы DD.

**Альтернативная программа альтернативного обслуживания на дому и по месту жительства (HCBA)**

- Альтернативная программа HCBA предоставляет услуги по координации медицинского обслуживания лицам, рискующим оказаться в центре сестринского ухода или медицинском учреждении. Услуги по координации медицинского обслуживания предоставляются многопрофильной группой координации медицинского обслуживания, в состав которой входят медсестра и социальный работник. Эта группа координирует получение услуг в рамках альтернативной программы и предоставляемого штатом плана страхования (например, медицинское обслуживание, психиатрическая, психологическая и наркологическая помощь, услуги поддержки на дому и т. д.), а также организует прочее длительное обслуживание и поддержку по месту жительства. Координация медицинского обслуживания и услуги в рамках альтернативной программы предоставляются по месту постоянного жительства участника программы. Это место жительства может представлять собой частную собственность участника, предоставляться по договору аренды или быть постоянным местом жительства члена семьи участника.
- Участники плана, вступившие в альтернативную программу HCBA, могут продолжать пользоваться услугами альтернативной программы HCBA, одновременно получая страховое покрытие в рамках нашего плана. Наш план страхования будет координировать получение вами необходимых услуг совместно с вашей организацией, реализующей альтернативную программу HCBA.
- Ваш координатор медицинского обслуживания поможет вам подать заявку на вступление в программу HCBA. Дополнительную информацию см. на веб-сайте https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx

**Альтернативная программа Medi-Cal (MCWP)**

- Альтернативная программа Medi-Cal (MCWP) обеспечивает комплексную координацию медицинского обслуживания и непосредственные медицинские услуги лицам с ВИЧ в качестве альтернативы уходу в учреждении сестринского ухода или госпитализации. Координация медицинского обслуживания осуществляется с учетом интересов участника программы группой, в состав которой входят дипломированная медсестра и социальный

работник, выступающий координатором медицинского обслуживания. Координаторы медицинского обслуживания совместно с участником программы и поставщиком (поставщиками) первичного медицинского обслуживания, членами семьи, ухаживающим лицом (лицами) и прочими поставщиками услуг проводят оценку потребностей в медицинском обслуживании с тем, чтобы участник программы продолжал жить дома и участвовать в жизни сообщества.

- Цели программы MCWP: (1) предоставить услуги по уходу на дому и по месту жительства лицам с ВИЧ, которым в ином случае может требоваться пребывание в медицинском учреждении; (2) помочь участникам программы организовать медицинское обслуживание с учетом ВИЧ; (3) повысить доступность услуг социальной и психологической поддержки; (4) координировать работу поставщиков услуг и исключить дублирование услуг.
- Участники плана, вступившие в альтернативную программу MCWP, могут продолжать пользоваться услугами альтернативной программы MCWP, одновременно получая страховое покрытие в рамках нашего плана. Наш план страхования будет координировать получение вами необходимых услуг совместно с вашей организацией, реализующей альтернативную программу MCWP.
- Ваш координатор медицинского обслуживания поможет вам подать заявку на вступление в программу MCWP. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx.

**Многоцелевая программа обслуживания пожилых (MSSP)**

- Многоцелевая программа обслуживания пожилых (MSSP) предоставляет как социальные услуги, так и услуги по координации медицинского обслуживания с целью помочь лицу продолжать жить дома и участвовать в жизни сообщества.
- Большинство участников программы также получают услуги поддержки на дому, при этом программа MSSP обеспечивает координацию медицинского обслуживания на постоянной основе, помогает участникам найти другие необходимые услуги и ресурсы по месту жительства, координирует работу поставщиков медицинских услуг, а также приобретает некоторые иначе недоступные требуемые услуги. Вся эта деятельность направлена на недопущение или отсрочку поступления участника программы в медицинское учреждение. Общая итоговая ежегодная сумма расходов на координацию медицинского обслуживания и прочие услуги не должна превышать стоимость получения ухода в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
- Группа специалистов в сфере медико-социальных услуг проводит для каждого участника программы MSSP полную оценку состояния здоровья и психосоциального профиля с целью определить необходимые услуги. Затем эта группа совместно с участником программы

MSSP, лечащим врачом, членами семьи и прочими заинтересованными лицами составляет индивидуальный план медицинского обслуживания. В число таких услуг входят:

- управление медицинским обслуживанием;
- уход за взрослыми в дневное время;
- мелкий ремонт / уход за домом;
- дополнительные услуги работы по дому, помощь с личной гигиеной и надзор;
- услуги краткосрочного ухода на время отсутствия ухаживающего лица;
- услуги транспортировки;
- консультирование и терапевтические услуги;
- услуги питания;
- услуги взаимодействия.

- Участники плана, вступившие в альтернативную программу MSSP, могут продолжать пользоваться услугами альтернативной программы MSSP, одновременно получая страховое покрытие в рамках нашего плана. Наш план страхования будет координировать получение вами необходимых услуг совместно с вашим поставщиком услуг в рамках программы MSSP.
- Ваш координатор медицинского обслуживания поможет вам подать заявку на вступление в программу MSSP. Агентство по делам людей пожилого возраста Fresno-Madera: 800-510-2020 (звонки бесплатны) Округ Tulare: Kings-Tulare Area Agency on Aging; телефон 1-559-623-0199 (TTY: 711)

## F6. Услуги охраны психического здоровья в округе, предоставляемые вне нашего плана (услуги по поддержанию психического здоровья и услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ)

У вас есть доступ к необходимым по медицинским показаниям услугам психологической, психиатрической и наркологической помощи, покрываемым программами Medicare и Medi-Cal. Мы предоставляем доступ к услугам психологической, психиатрической и наркологической помощи, покрываемым программой Medicare и программой управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal. Наш план страхования не предоставляет специализированные услуги в сфере психического здоровья по программе Medi-Cal или доступные в вашем округе услуги лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ; однако такие услуги доступны вам через

управления округа по вопросам психического здоровья.

При соответствии определенным критериям вам может быть доступна специализированная психологическая и психиатрическая помощь в рамках программы Medi-Cal через план психологической и психиатрической помощи (MHP) вашего округа. Специализированная психологическая и психиатрическая помощь в рамках программы Medi-Cal, предоставляемая планом MHP вашего округа, предполагает следующие услуги:

- услуги психиатрической помощи;
- услуги поддержки при приеме лекарств;
- интенсивное лечение в дневное время;
- реабилитация в центре дневного пребывания;
- вмешательство при кризисной ситуации;
- стабилизация состояния при кризисной ситуации;
- услуги центров лечения взрослых с проживанием;
- услуги кризисных центров с проживанием;
- услуги психиатрического учреждения;
- стационарные услуги психиатрической больницы;
- целевая координация медицинского обслуживания;
- услуги взаимопомощи;
- услуги по вмешательству при кризисной ситуации по месту жительства.
- терапевтические услуги психологической, психиатрической и наркологической помощи;
- координация интенсивной терапии;
- услуги интенсивной терапии на дому.

Услуги в рамках организованной системы доставки лекарств Medi-Cal предоставляются вам через агентство вашего округа по оказанию услуг психиатрической, психологической и наркологической помощи, при условии, что вы соответствуете критериям для получения этих услуг. Услуги в рамках Drug Medi-Cal, предоставляемые вашим округом, включают:

- услуги интенсивного амбулаторного лечения;
- лечение расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, в перинатальном периоде в реабилитационном центре;
- услуги амбулаторного лечения;
- программа лечения наркозависимости;
- препараты для лечения зависимости (другое название — заместительная терапия);

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- услуги взаимопомощи;
- услуги по вмешательству при кризисной ситуации по месту жительства.

Услуги в рамках организованной системы доставки лекарств Medi-Cal включают следующие:

- услуги амбулаторного лечения;
- услуги интенсивного амбулаторного лечения;
- услуги частичной госпитализации;
- препараты для лечения зависимости (другое название — заместительная терапия);
- услуги центров лечения с проживанием;
- услуги по выведению из абстинентных состояний;
- программа лечения наркозависимости;
- услуги реабилитации;
- координация медицинского обслуживания;
- услуги взаимопомощи;
- услуги по вмешательству при кризисной ситуации по месту жительства.
- услуги по управлению кризисными жизненными ситуациями.

Помимо услуг, перечисленных выше, вы можете иметь доступ к стационарным услугам добровольной детоксикации при условии соответствия критериям.

Вы имеете доступ к необходимым по медицинским показаниям услугам психологической, психиатрической и наркологической помощи, которые покрываются программой Medicare и предоставляются планом Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) для услуг психологической, психиатрической и наркологической помощи. Информацию об услугах психологической, психиатрической и наркологической помощи, доступных через наш план, в том числе о процессе, используемом для определения медицинской необходимости и направления между нашим планом и планом MHP вашего округа, см. в **разделе F главы 3**. Если у вас есть проблема или жалоба в отношении услуг психологической, психиатрической и наркологической помощи, см. информацию о подаче жалоб в **разделе K главы 9**.

## G. Услуги, не покрываемые нашим планом страхования, Medicare или Medi-Cal

В этом разделе описаны услуги, исключенные из страхового покрытия нашего плана. «Исключенными» называются услуги, которые мы не оплачиваем. Программы Medicare и Medi-Cal также не оплачивают их.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

В списке ниже перечислены некоторые услуги и товары, которые мы не покрываем ни при каких условиях, а также услуги и товары, относящиеся к исключенным только в некоторых случаях.

Мы не оплачиваем исключенные из страхового покрытия медицинские услуги, перечисленные в этом разделе (либо в других разделах данного *Справочника участника плана*), за исключением конкретных условий, приведенных далее. Даже если вы получаете услуги в учреждении неотложной помощи, план не будет оплачивать эти услуги. Если вы считаете, что наш план должен оплатить услугу, которую мы решили не покрывать, вы можете подать апелляцию. Информацию об апелляциях см. в **разделе E главы 9** *Справочника участника плана*.

В дополнение к исключениям и ограничениям, описанным в таблице страхового покрытия, наш план не покрывает следующие товары и услуги:

- услуги, не относящиеся к «целесообразным или необходимым по медицинским показаниям» в соответствии с правилами Medicare и Medi-Cal, если только эти услуги не указаны как покрываемые;
- медицинские и хирургические виды лечения, товары и лекарства экспериментального характера, если только они не покрываются в рамках Medicare, одобренного Medicare клинического исследования или нашего плана страхования. Дополнительную информацию о клинических исследованиях см. в **разделе J главы 3** *Справочника участника плана*. Экспериментальными являются методы, предметы материально-технического обеспечения и лекарственные препараты, которые не используются в широкой медицинской практике.
- хирургическое лечение патологического ожирения за исключением случаев, когда оно необходимо по медицинским показаниям и оплачивается программой Medicare;
- пребывание в одноместной палате за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям;
- услуги частной медсестры-сиделки;
- личные вещи в вашей палате в больнице или учреждении сестринского ухода, например телефон или телевизор;
- сестринский уход в течение полного рабочего дня у вас на дому;
- суммы, взимаемые вашими ближайшими родственниками или членами вашего домашнего хозяйства;
- необязательные или добровольные услуги и процедуры улучшения внешнего вида (включая похудение, борьбу с облысением, улучшение сексуальных или физических возможностей, косметические процедуры, омоложение и улучшение умственных способностей) за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям;

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- косметические операции и прочие косметические процедуры, если только они не требуются после травмы или для улучшения вида деформированной части тела. Однако мы оплачиваем реконструкцию молочной железы после мастэктомии, а также другой молочной железы для придания им симметричности;
- мануальная терапия помимо манипуляций с позвоночником в соответствии с объемом страхового покрытия;
- плановый уход за стопами за исключением услуг, описанных в разделе «Услуги подиатра» в таблице страхового покрытия, представленной в **разделе D**;
- ортопедическая обувь, если только обувь не является частью ортопедического аппарата и входит в его стоимость либо обувь предназначена для лица с синдромом диабетической стопы;
- поддерживающие устройства для стопы за исключением ортопедической или лечебной обуви для лиц с синдромом диабетической стопы;
- радиальная кератотомия, лазерная коррекция зрения методом LASIK и другие средства помощи слабовидящим;
- хирургическое восстановление фертильности после стерилизации;
- услуги натуропата (с использованием природных или альтернативных методов лечения);
- услуги, предоставляемые ветеранам в медицинских учреждениях Департамента по делам ветеранов (VA). Однако, если ветеран получает экстренную медицинскую помощь в больнице под управлением департамента VA, при этом участие в расходах в рамках программы департамента VA превышает участие в расходах по нашему плану, мы возместим ветерану разницу. Вы все еще будете нести ответственность за оплату вашей доли расходов.

# Глава 5. Получение рецептурных лекарств для амбулаторного лечения

## Введение

В этой главе объясняются правила получения рецептурных лекарств для амбулаторного лечения. Это те лекарственные препараты, которые вам выписал ваш поставщик услуг и которые вы можете получить в аптеке или заказать с доставкой по почте. Сюда входят лекарства, покрываемые в рамках программ Medicare Part D и Medi-Cal. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

Мы также покрываем следующие лекарственные препараты, о которых не идет речь в этой главе:

- **препараты, покрываемые по программе Medicare Part A**; в их число, как правило, входят некоторые лекарственные препараты, предоставляемые вам, когда вы находитесь в больнице или в учреждении сестринского ухода;
- **препараты, покрываемые по программе Medicare Part B**; к ним относятся некоторые препараты для химиотерапии, некоторые инъекционные препараты, которые вводятся во время визита к врачу или другому поставщику, а также препараты, предоставляемые в диализной клинике. Подробнее о лекарственных препаратах, покрываемых по Части B программы Medicare, см. в таблице страхового покрытия в **разделе D главы 4** *Справочника участника плана*.
- Помимо страхового покрытия медицинских услуг и лекарств в рамках Medicare Part D планом страхования, ваши лекарственные препараты могут покрываться программой Original Medicare, если вы находитесь в сертифицированном Medicare хосписе. Дополнительную информацию см. в **разделе F3** «Если вы участвуете в сертифицированной Medicare хосписной программе» **главы 5**.

**Правила покрытия лекарственных препаратов для амбулаторного лечения нашим планом**

Обычно мы покрываем ваши лекарственные препараты, если вы соблюдаете правила, описанные в этом разделе.

Вы должны попросить поставщика услуг (врача, стоматолога или другое лицо, выписывающее рецепты) выписать вам рецепт, который должен быть действительным в соответствии с действующим законодательством штата. Зачастую речь идет о вашем поставщике первичного

медицинского обслуживания (PCP). Это также может быть другой поставщик услуг, если вас к нему направил ваш поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP).

Лицо, выписавшее вам рецепт, **не** должно быть включено в списки исключений или запретов Medicare либо в какие-либо списки Medi-Cal.

Как правило, вы должны приобретать рецептурные препараты в аптеке сети. Вы также можете получить рецептурные препараты через службу почтовой доставки плана.

Назначенный вам лекарственный препарат должен быть в *Перечне покрываемых лекарств* нашего плана. Для краткости мы называем его *«Перечень лекарств»*. (См. **раздел B** данной главы.)

- Если он не входит в *Перечень лекарств*, возможно, мы сможем покрыть его, сделав для вас исключение.
- Дополнительную информацию о запросе исключения из правил покрытия см. в **разделе G2 главы 9**.
- Кроме того, обратите внимание, что запрос на покрытие назначенного вам лекарственного препарата будет оцениваться на соответствие стандартам как Medicare, так и Medi-Cal.

Ваш препарат должен применяться в соответствии с показаниями, приемлемыми с медицинской точки зрения. Это означает, что применение лекарственного препарата должно быть утверждено Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA) или рекомендовано в определенных медицинских справочниках. Лицо, выписавшее вам рецепт, может помочь найти медицинские справочники, подтверждающие возможность применения назначенного лекарственного препарата по таким показаниям. Для покрываемых по программе Medi-Cal лекарств это означает, что применение данного лекарственного препарата целесообразно и необходимо для спасения жизни, предупреждения серьезной болезни или инвалидности либо для облегчения сильной боли посредством диагностики или лечения болезни, патологии или травмы.

Для оплаты нами вашего препарата может потребоваться одобрение. См. **раздел C** данной главы.

.

## Содержание

A. Получение лекарственных препаратов по рецепту ..... 174
A1. Получение лекарств по рецепту в сетевой аптеке ..... 174
A2. Использование ID-карты участника плана при получении лекарств по рецепту ..... 174
A3. Что делать в случае смены сетевой аптеки ..... 174
A4. Что делать, если ваша аптека прекращает сотрудничество с нами ..... 175
A5. Обращение в специализированную аптеку ..... 175
A6. Использование услуг заказа лекарственных препаратов с доставкой по почте ..... 176

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

A7. Получение долгосрочного запаса лекарственных препаратов ..... 178
A8. Обращение в аптеку, не представленную в сети нашего плана ..... 178
A9. Возмещение расходов на рецептурные препараты ..... 179
B. *Перечень лекарств* нашего плана страхования ..... 179
B1. Лекарственные препараты из нашего *Перечня лекарств* ..... 180
B2. Как найти лекарственный препарат в нашем *Перечне лекарств* ..... 180
B3. Лекарственные препараты, не представленные в нашем *Перечне лекарств* ..... 181
C. Ограничения в отношении некоторых лекарственных препаратов ..... 182
D. Причины, по которым необходимый вам лекарственный препарат может не покрываться ..... 184
D1. Получение временного запаса ..... 184
D2. Запрос временного запаса ..... 186
D3. Подача запроса на исключение из правил покрытия ..... 187
E. Изменения в страховом покрытии ваших лекарственных препаратов ..... 187
F. Покрытие лекарственных препаратов в особых случаях ..... 190
F1. Во время покрываемого нашим планом пребывания в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода ..... 190
F2. Во время пребывании в учреждении долгосрочного ухода ..... 190
F3. При участии в сертифицированной Medicare хосписной программе ..... 190
G. Программы по безопасности и правильному обращению с лекарственными препаратами ..... 191
G1. Программы, обеспечивающие безопасный прием лекарственных препаратов ..... 191
G2. Программы, обеспечивающие управление лекарственным обеспечением ..... 192
G3. Программа контроля применения лекарственных препаратов для безопасного применения опиоидных препаратов ..... 193

# A. Получение лекарственных препаратов по рецепту

## A1. Получение лекарств по рецепту в сетевой аптеке

В большинстве случаев мы оплачиваем рецептурные лекарственные препараты, только если они получены в какой-либо из наших сетевых аптек. Сотрудничающей с планом или сетевой называется аптека, которая дала согласие на выдачу лекарств по рецепту участникам нашего плана страхования. Вы можете обращаться в любую из наших сетевых аптек.

Для поиска сетевой аптеки изучите *Каталог поставщиков услуг и аптек*, посетите наш веб-сайт или обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

## A2. Использование ID-карты участника плана при получении лекарств по рецепту

При получении лекарства по рецепту в сетевой аптеке **предъявляйте свою ID-карту участника плана**. Сетевая аптека выставит нам счет за ваш покрываемый рецептурный препарат.

Помните, что для получения лекарственных препаратов, покрываемых программой Medi-Cal Rx, необходима карта Medi-Cal или карта получателя льгот (BIC).

Если при получении лекарства по рецепту у вас нет с собой вашей ID-карты участника плана или BIC, попросите сотрудника аптеки позвонить нам и запросить необходимую информацию или поискать информацию о вашем участии в плане.

Если у сотрудника аптеки нет возможности получить такую необходимую информацию, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость лекарства по рецепту на момент его получения. Затем вы можете попросить нас возместить ваши расходы. **Если вы не можете оплатить лекарственный препарат, сразу же свяжитесь с отделом обслуживания участников плана**. Мы сделаем все возможное, чтобы вам помочь.

- Подробнее о запросе на возмещение расходов см. в **разделе A главы 7** *Справочника участника плана*.
- Если вам нужна помощь с получением лекарства по рецепту, обратитесь в отдел обслуживания участников плана или к вашему координатору медицинского обслуживания.

## A3. Что делать в случае смены сетевой аптеки

Если вы меняете аптеку и вам необходимо повторно получить лекарство по рецепту, вы можете попросить поставщика услуг выписать вам новый рецепт или попросить свою аптеку передать рецепт в новую аптеку, если по нему предусмотрены повторные получения.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Если вам нужна помощь со сменой сетевой аптеки, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

## A4. Что делать, если ваша аптека прекращает сотрудничество с нами

Если аптека, услугами которой вы пользуетесь, перестает сотрудничать с нашим планом, вам потребуется найти новую сетевую аптеку.

Для поиска новой сетевой аптеки изучите *Каталог поставщиков услуг и аптек*, посетите наш веб-сайт или обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

## A5. Обращение в специализированную аптеку

В некоторых случаях приобретать рецептурные препараты необходимо в специализированных аптеках. К специализированным аптекам относятся:

- аптеки, отпускающие препараты для инфузионной терапии в домашних условиях;
- аптеки, поставляющие препараты лицам, проживающим в учреждении долгосрочного обслуживания, например в учреждении сестринского ухода.
  - В учреждениях долгосрочного обслуживания обычно есть свои собственные аптеки. Если вы являетесь пациентом учреждения долгосрочного ухода, мы должны убедиться в том, что вы можете получать необходимые лекарственные препараты в аптеке данного учреждения.
  - Если аптека вашего учреждения долгосрочного ухода не входит в нашу сеть либо если у вас возникли трудности с получением лекарственных препаратов в учреждении долгосрочного ухода, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.
- Аптеки, обслуживающие программы Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program (программы по предоставлению услуг здравоохранения представителям коренных народов / представителям коренных народов, проживающих в племенах / представителям коренных народов, проживающим в городах) поставщиков услуг в сфере здравоохранения для индейцев (Indian Health Care Provider, IHCP) и организации по делам индейцев, проживающих в городах (Urban Indian Organization, UIO). За исключением случаев, когда требуется экстренная медицинская помощь, этими аптеками могут пользоваться только коренные американцы или коренные жители Аляски;
- Аптеки, поставляющие лекарственные препараты, 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.)

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Для поиска специализированной аптеки изучите *Каталог поставщиков услуг и аптек*, посетите наш веб-сайт или обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

## A6. Использование услуг заказа лекарственных препаратов с доставкой по почте

Для получения некоторых типов лекарственных препаратов можно воспользоваться услугами заказа с доставкой по почте в рамках сети нашего плана. Как правило, для заказа с доставкой по почте доступны лекарственные препараты, которые вы принимаете регулярно при хроническом или длительном заболевании. Лекарственные препараты, для которых предусмотренная нашим планом услуга заказа с доставкой по почте **недоступна**, отмечены в нашем *Перечне покрываемых лекарств* буквами **«NM»**.

Предусмотренная нашим планом страхования услуга заказа с доставкой по почте позволяет вам заказать запас на срок до 100 дней. Доплата за 100-дневный запас лекарства аналогична доплате, предусмотренной за запас на один месяц.

### Получение рецептурных препаратов по почте

Чтобы получить бланки заказов и информацию о получении отпускаемых по рецепту лекарств по почте, посетите наш веб-сайт www.wellcare.com/healthnetCA или обратитесь за помощью в отдел обслуживания участников плана (номера телефонов указаны в нижней части этой страницы).

Как правило, доставка рецептурных препаратов по почте осуществляется в течение 10–14 дней. Если доставка вашего заказа по почте задерживается, позвоните в Express Scripts® Pharmacy по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711).

### Процедуры заказа с доставкой по почте

Услуга заказа с доставкой по почте предусматривает различные процедуры обработки заказа в зависимости от того, заказываете ли вы сами лекарства по новому рецепту, получен ли новый рецепт напрямую от вашего поставщика услуг или получаете ли вы лекарства по рецепту повторно.

1. **Новые рецепты, полученные аптекой от вас**

   Аптека автоматически отпускает лекарственные препараты по новым рецептам, полученным от вас, а затем отправляет препараты вам.

2. **Новые рецепты, полученные аптекой от вашего поставщика услуг**

   Аптека автоматически отпускает лекарственные препараты по новым рецептам, полученным от поставщиков медицинских услуг, а затем отправляет препараты вам без предварительного согласования с вами, если:

- Вы уже пользовались предусмотренными нашим планом услугами заказа с доставкой по почте **или**
- Вы подали заявку на автоматическую отправку лекарственных препаратов по всем новым рецептам, полученным непосредственно от поставщиков медицинских услуг. Вы можете подать заявку на автоматическую отправку лекарственных препаратов по всем новым рецептам сейчас или в любое время, обратившись в Express Scripts® Pharmacy по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711).

Если вы оформляли заказ с доставкой по почте ранее, но не хотите, чтобы аптека автоматически отпускала и отправляла вам лекарственные препараты по каждому новому рецепту, свяжитесь с нами, позвонив в Express Scripts® Pharmacy по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711).

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 выдачи и отправки препарата.

- Так вы можете убедиться, что аптека отправляет вам нужный лекарственный препарат (в том числе в нужной дозировке, количестве и форме), а также при необходимости отменить или отсрочить заказ, прежде чем он будет отправлен.
- Каждый раз, когда с вами связывается аптека, отвечайте и сообщайте, что нужно делать с новым рецептом. Это позволит вам получать лекарственные препараты своевременно.

Чтобы отказаться от автоматической доставки лекарственных препаратов по новым рецептам, полученным непосредственно от поставщика медицинских услуг, свяжитесь с нами, позвонив в аптеку Express Scripts® Pharmacy по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711).

### 3. Пополнение запасов препаратов, заказываемых по почте

Вы имеете право подать заявку на участие в программе автоматического пополнения запаса своих 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 у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Если вы решите не использовать нашу программу автоматической повторной отправки лекарственных препаратов, свяжитесь с вашей аптекой за 21 день до того, как ваш текущий запас лекарств закончится. Это позволит выполнить доставку вашего следующего заказа вовремя.

Чтобы отказаться от участия в программе автоматической повторной доставки лекарств, свяжитесь с нами, позвонив в отдел обслуживания участников плана или свою аптеку с доставкой по почте. Express Scripts® Pharmacy по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711).

Чтобы сотрудники аптеки могли связаться с вами для подтверждения заказа перед отправкой, сообщите им оптимальные способы связи с вами. Проверяйте свою контактные данные каждый раз, когда размещаете заказ, во время регистрации в программе автоматической повторной отправки лекарственных препаратов или в случае изменения контактных данных.

## A7. Получение долгосрочного запаса лекарственных препаратов

Вы можете получить долгосрочный запас поддерживающих препаратов из *Перечня лекарств* нашего плана страхования. Поддерживающие препараты — это препараты, которые вы принимаете регулярно для лечения хронического или долговременного заболевания.

Некоторые сетевые аптеки предоставляют возможность получать запас поддерживающих препаратов на длительное время. Доплата за 100-дневный запас лекарства аналогична доплате, предусмотренной за запас на один месяц. В *Справочнике поставщиков и аптек (Provider and Pharmacy Directory)* указано, какие аптеки могут предоставлять возможность получать запас поддерживающих препаратов на длительное время. Вы также можете позвонить вашему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания участников плана, чтобы получить дополнительную информацию.

Для получения долгосрочного запаса некоторых типов поддерживающих лекарств можно воспользоваться услугами заказа с доставкой по почте в рамках сети нашего плана. Дополнительную информацию об услугах заказа с доставкой по почте см. в **разделе A6**.

## A8. Обращение в аптеку, не представленную в сети нашего плана

Как правило, мы оплачиваем лекарственные препараты, выданные внесетевой аптекой, только в том случае, если у вас нет возможности обратиться в сетевую аптеку. За пределами нашей зоны обслуживания есть сетевые аптеки, где вы можете получить свои лекарства по рецепту как участник нашего плана. В таких ситуациях сначала свяжитесь с отделом обслуживания участников плана и выясните, нет ли поблизости сетевой аптеки. Возможно, вам потребуется оплатить разницу между суммой, уплаченной вами за препарат в аптеке, не входящей в сеть, и суммой, которую мы возместили бы в случае приобретения препарата в аптеке сети.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Мы оплачиваем лекарственные препараты, полученные по рецепту во внесетевой аптеке, в следующих случаях:

- Вы оказались за пределами зоны обслуживания плана и нуждаетесь в лекарстве, которое не можете получить в ближайшей сетевой аптеке.
- Вы срочно нуждаетесь в лекарстве, при этом рядом с вами нет открытой сетевой аптеки.
- Вы вынуждены покинуть свой дом в связи со стихийным бедствием федерального уровня или иной чрезвычайной ситуацией в области здравоохранения.

Как правило, в таких случаях при получении лекарства во внесетевой аптеке мы однократно покроем 30-дневный запас лекарства.

В таких ситуациях сначала свяжитесь со своим координатором медицинского обслуживания или отделом обслуживания участников плана и выясните, нет ли поблизости сетевой аптеки.

### A9. Возмещение расходов на рецептурные препараты

При обращении во внесетевую аптеку вам, как правило, придется заплатить полную стоимость лекарственного препарата по рецепту. Вы можете обратиться с запросом на возврат средств.

Если вы выплачиваете полную стоимость лекарственного препарата по рецепту, который может покрываться программой Medi-Cal Rx, вы можете получить возмещение расходов от аптеки, как только рецепт будет оплачен программой Medi-Cal Rx. Либо вы можете попросить Medi-Cal Rx возместить ваши расходы, отправив страховое требование под названием «Возмещение расходов из собственных средств Medi-Cal (Conlan)». Дополнительную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Подробнее об этой теме см. в **разделе A главы 7** *Справочника участника плана*.

## B. *Перечень лекарств* нашего плана страхования

Наш план предусматривает *Перечень покрываемых лекарств*. Для краткости мы называем его *«Перечень лекарств»*.

Лекарства в *Перечне лекарств* подбираются при участии команды врачей и фармацевтов. Кроме того, из *Перечня лекарств* можно узнать, какие правила распространяются на ваши лекарства.

Как правило, мы покрываем лекарственные препараты из *Перечня лекарств* нашего плана страхования, если вы соблюдаете правила, объясняемые в этой главе.

## B1. Лекарственные препараты из нашего *Перечня лекарств*

Наш *Перечень лекарств* включает лекарственные препараты, покрываемые в рамках Medicare Part D.

Большинство рецептурных препаратов, получаемых в аптеке, покрывается вашим планом страхования. Другие лекарства, например определенные безрецептурные (OTC) препараты и некоторые витамины, могут покрываться в рамках Medi-Cal Rx. Более подробную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov). Вы также можете позвонить в центр по работе с клиентами Medi-Cal Rx по номеру 800-977-2273. При получении рецептурных лекарственных препаратов через Medi-Cal Rx берите с собой карту получателя льгот (BIC) Medi-Cal.

Наш *Перечень лекарств* включает патентованные препараты, непатентованные препараты и биологические препараты (которые могут включать биоаналоги).

Патентованный лекарственный препарат — это рецептурный лекарственный препарат, который продается под товарным знаком, принадлежащим производителю препарата. Биологические препараты — это препараты, которые имеют более сложный состав по сравнению с обычными лекарствами. Когда мы упоминаем «лекарственные препараты» из нашего *Перечня лекарств*, это может означать как лекарство, так и биологический препарат.

Непатентованные лекарственные препараты (генерики) имеют те же активные ингредиенты, что и патентованные (фирменные) лекарственные препараты. Биологические препараты имеют альтернативы, которые называются биоаналогами. Как правило, непатентованные лекарственные препараты и биоаналоги действуют так же, как и патентованные или оригинальные биологические препараты, и при этом обычно стоят дешевле. У многих патентованных препаратов существуют непатентованные заменители, а для некоторых биологических препаратов существуют биоаналоги. Некоторые биоаналоги являются взаимозаменяемыми биоаналогами и, в зависимости от законодательства штата, могут быть заменены оригинальным биологическим препаратом в аптеке без необходимости в новом рецепте, как и непатентованные препараты, могут быть заменены патентованными препаратами.

Определения типов препаратов, которые могут быть включены в *Перечень препаратов*, см в **главе 12**.

## B2. Как найти лекарственный препарат в нашем *Перечне лекарств*

Чтобы узнать, представлен ли принимаемый вами лекарственный препарат в нашем *Перечне лекарств*, выполните одно их следующих действий:

- Посетите веб-сайт нашего плана страхования по адресу www.wellcare.com/healthnetCA. На нашем веб-сайте всегда размещена наиболее актуальная версия *Перечня лекарств*.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Позвоните своему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать, представлен ли тот или иной лекарственный препарат в нашем *Перечне лекарств*, или запросить экземпляр перечня.
- Лекарственные препараты, которые не покрываются по части D, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Более подробную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/).
- Воспользуйтесь нашим инструментом «Real Time Benefit Tool» на веб-сайте www.wellcare.com/healthnetCA. Либо позвоните своему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания участников плана. С помощью этого инструмента вы можете найти препараты в *Перечне лекарств*, чтобы узнать их примерную стоимость для вас, а также проверить, есть ли в *Перечне лекарств* альтернативные препараты, которые могут помочь при том же заболевании.

## B3. Лекарственные препараты, не представленные в нашем *Перечне лекарств*

Мы покрываем не все рецептурные лекарственные препараты. Некоторые лекарственные препараты не включены в наш *Перечень лекарств*, поскольку закон запрещает нам покрывать их стоимость. В других случаях мы могли сами принять решение не включать тот или иной лекарственный препарат в наш *Перечень лекарств*.

Наш план страхования не оплачивает типы лекарственных препаратов, описанные в данном разделе. Они называются **непокрываемыми препаратами**. Если вам выписали рецепт на исключенный лекарственный препарат, возможно, вам придется заплатить за него самостоятельно. Если вы считаете, что в вашем конкретном случае мы должны заплатить за исключенный лекарственный препарат, вы можете подать апелляцию. Дополнительную информацию об апелляциях см. в **главе 9** *Справочника участника плана*.

Вот три основных правила, касающиеся непокрываемых лекарственных препаратов:

1. Страховое покрытие нашим планом страхования лекарственных препаратов для амбулаторного лечения (включая Medicare Part D) не может распространяться на лекарственный препарат, который уже покрывается в рамках Medicare Part A или Medicare Part B. Наш план страхования покрывает лекарственные препараты в рамках Medicare Part A или Medicare Part B бесплатно для вас, однако такие лекарственные препараты не считаются относящимися к покрываемым нами рецептурным препаратам для амбулаторного лечения.
2. Наш план не может покрывать лекарственные препараты, приобретенные за пределами Соединенных Штатов и их территорий.
3. Использование лекарственного препарата должно быть одобрено FDA или рекомендоваться определенными медицинскими справочниками для лечения вашего заболевания. Ваш врач или

другой поставщик услуг может выписать вам определенный лекарственный препарат, даже если он не был одобрен для лечения вашего состояния. Это называется «использование по незарегистрированным показаниям». Как правило, наш план не покрывает препараты, прописанные для использования по незарегистрированным показаниям.

Кроме того, согласно законодательству, программы Medicare и Medi-Cal не могут покрывать перечисленные ниже типы лекарственных препаратов.

- препараты, применяемые для улучшения репродуктивной функции;
- Лекарственные препараты для лечения кашля и симптомов простуды*
- препараты, применяемые в косметических целях или для стимулирования роста волос;
- Рецептурные препараты, содержащие 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*
- Лекарственные препараты для амбулаторного лечения, условием для продажи которых является сдача анализов или получение услуг только у производителя

  *Некоторые товары могут покрываться программой Medi-Cal. Более подробную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov).

## C. Ограничения в отношении некоторых лекарственных препаратов

Для некоторых рецептурных препаратов действуют особые правила, ограничивающие порядок и сроки их покрытия нашим планом страхования. В целом, наши правила призваны способствовать тому, чтобы вы получали лекарственные препараты, которые подходят для лечения вашего заболевания и являются при этом безопасными и эффективными. Мы ожидаем, что ваш поставщик услуг будет выписывать лекарственный препарат более низкой стоимости, если он так же безопасен и эффективен, как и более дорогой препарат.

**Если в отношении вашего лекарственного препарата действует особое правило, это обычно означает, что вы или ваш поставщик услуг должны предпринять дополнительные действия, чтобы мы покрыли стоимость этого препарата**. Например, вашему поставщику, возможно, придется сначала сообщить нам ваш диагноз или предоставить результаты анализов крови. Если вы или ваш поставщик услуг считаете, что в вашем случае установленное нами правило не должно применяться, попросите нас сделать исключение из правил покрытия. Мы можем согласиться с вами или отказаться отменить правило, требующее от вас дополнительных действий для получения лекарственного препарата.

Подробнее о порядке запроса исключений из правил покрытия см. в **разделе G4 главы 9**

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

*Справочника участника плана*.

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

   Как правило, непатентованный препарат или равноценный биоаналог действует так же, как и фирменное лекарство или оригинальный биологический продукт, и обычно стоит дешевле. В большинстве случаев, если у патентованного лекарственного препарата или оригинального биологического препарата есть непатентованный аналог или взаимозаменяемый биоаналог, наши сетевые аптеки предоставят вам именно непатентованный препарат или биоаналог.

   - Обычно мы не оплачиваем патентованный лекарственный препарат или оригинальный биологический препарат при наличии непатентованного аналога.
   - Однако, если ваш поставщик услуг сообщил нам медицинскую причину, по которой непатентованный лекарственный препарат или взаимозаменяемый биоаналог вам не подходит, ***либо*** написал в рецепте, что заменять патентованный лекарственный препарат или оригинальный биологический препарат нельзя («No substitutions»), ***либо*** сообщил нам медицинскую причину, по которой вам не подходит непатентованный лекарственный препарат или взаимозаменяемый биоаналог, либо другой покрываемый лекарственный препарат, используемый для лечения вашего заболевания, тогда мы покроем патентованный лекарственный препарат.

2. **Требование предварительно получить одобрение плана**

   Прежде чем вы сможете получить некоторые лекарственные препараты по рецепту, вы или лицо, выписавшее вам рецепт, должны получить на это разрешение от нашего плана страхования. Если вы не получите одобрение, возможно, мы не будем оплачивать препарат.

3. **Требование сначала попробовать другое лекарство**

   Как правило, мы хотим, чтобы вы пробовали принимать столь же эффективный лекарственный препарат более низкой стоимости, прежде чем мы согласимся покрыть более дорогой препарат. Например, если лекарство A применяется для лечения такого же медицинского состояния, как лекарство B, но при этом стоит дешевле, мы можем потребовать, чтобы вы сначала попробовали принимать лекарство A.

   Если лекарственный препарат A вам **не** подойдет, мы покроем лекарственный препарат B. Это называется поэтапной терапией.

**4. Ограничения по количеству**

В отношении некоторых лекарственных препаратов мы ограничиваем количество препарата, которое вы можете получить. Это правило называется количественным ограничением. Например, мы можем ограничить количество лекарства, которое вы можете получить по рецепту за один раз.

Чтобы выяснить, распространяются ли приведенные выше правила на лекарственный препарат, который вы принимаете или планируете принимать, изучите наш *Перечень лекарств*. Для получения наиболее актуальной информации позвоните в отдел обслуживания участников плана или посетите наш веб-сайт по адресу www.wellcare.com/healthnetCA. Если вы не согласны с нашим решением о страховом покрытии, вынесенном по какой-либо из приведенных выше причин, вы можете подать апелляцию. См. **раздел E главы 9** *Справочника участника плана*.

## D. Причины, по которым необходимый вам лекарственный препарат может не покрываться

Мы делаем все возможное, чтобы страховое покрытие лекарственных препаратов было для вас оптимальным. Однако иногда тот или иной препарат может не покрываться в том объеме, как вы того хотели бы. Например:

- Наш план страхования не покрывает лекарственный препарат, который вы планируете принимать. Лекарственный препарат может отсутствовать в нашем *Перечне лекарств.* Мы можем покрывать только непатентованный аналог лекарственного препарата вместо патентованного препарата, который вы хотите принимать. Лекарственный препарат может быть новым, из-за чего мы не успели изучить данные о его безопасности и эффективности.

- Наш план страхования покрывает лекарственный препарат, однако в его отношении действуют особые правила или ограничения. Как разъясняется в разделе выше, **разделе C** этой главы, в отношении некоторых лекарственных препаратов, покрываемых нашим планом, действуют правила, которые ограничивают применение этих препаратов. В некоторых случаях вы или лицо, выписавшее вам рецепт, можете попросить нас сделать исключение из правил покрытия.

Вы можете предпринять определенные действия, если мы не покрываем тот или иной лекарственный препарат в необходимом вам объеме.

### D1. Получение временного запаса

В некоторых случаях мы можем предоставить вам временный запас лекарственного препарата, который не представлен в нашем *Перечне лекарств* или на который распространяются какие-либо

ограничения. При этом у вас появится время обсудить со своим поставщиком услуг, можете ли вы перейти на другой лекарственный препарат или необходимо ли запросить у нас покрытие текущего препарата.

**Чтобы получить временный запас лекарственного препарата, вы должны соответствовать двум нижеприведенным условиям**:

1. Принимаемый вам лекарственный препарат:
    - больше не представлен в нашем *Перечне лекарств,* **или**
    - никогда не был представлен в нашем *Перечне лекарств,* **или**
    - в настоящее время в отношении него действуют определенные ограничения.
2. Вы должны находиться в одной из описанных ниже ситуаций:
    - Вы были участником нашего плана страхования в прошлом году.
        - Мы покроем временный запас необходимого вам лекарственного препарата **в течение первых 90 дней календарного года**.
        - Этот временный запас рассчитан на срок до 30 дней при получении в розничной аптеке и до 31 дня при получении в аптеке при учреждении долгосрочного ухода.
        - Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим получить по нему лекарственный препарат несколько раз в общем количестве, рассчитанном на срок до 30 дней при получении в розничной аптеке и до 31 дня при получении в аптеке при учреждении долгосрочного ухода. Вы должны получать лекарственный препарат по рецепту в сетевой аптеке.
        - В аптеках при учреждениях долгосрочного ухода могут выдавать за один раз небольшое количество лекарства по рецепту во избежание перерасходования лекарств.
    - Вы являетесь новым участником нашего плана страхования.
        - Мы покроем временный запас необходимого вам лекарственного препарата **в течение первых 90 дней вашего участия в нашем плане**.
        - Этот временный запас рассчитан на срок до 30 дней при получении в розничной аптеке и до 31 дня при получении в аптеке при учреждении долгосрочного ухода.
        - Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим получить по нему лекарственный препарат несколько раз в общем количестве, рассчитанном на

срок до 30 дней при получении в розничной аптеке и до 31 дня при получении в аптеке при учреждении долгосрочного ухода. Вы должны получать лекарственный препарат по рецепту в сетевой аптеке.

  - В аптеках при учреждениях долгосрочного ухода могут выдавать за один раз небольшое количество лекарства по рецепту во избежание перерасходования лекарств.

- Вы являетесь участником нашего плана страхования более 90 дней, находитесь в учреждении долгосрочного ухода и нуждаетесь в запасе лекарственного препарата незамедлительно.
  - Мы покрываем запас 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.
  - В случае изменения вашего уровня обслуживания (например, переезда в учреждение долгосрочного ухода или больницу или из них) мы покроем один временный 30-дневный запас. Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим выдать лекарство по нему несколько раз (общим количеством на срок до 30 дней).

## D2. Запрос временного запаса

Чтобы запросить временный запас лекарственного препарата, позвоните в отдел обслуживания участников плана.

**В случае получения временного запаса лекарственного препарата как можно скорее обсудите со своим поставщиком услуг ваши действия после того, как временный запас закончится.** У вас есть следующие варианты:

- Перейдите на другой лекарственный препарат.

Наш план страхования может покрывать стоимость другого лекарственного препарата, который вам подойдет. Позвоните в отдел обслуживания участников плана и запросите список покрываемых лекарств, которые применяются для лечения такого же медицинского состояния. Этот список поможет вашему поставщику услуг подобрать подходящий вам покрываемый лекарственный препарат.

**ИЛИ**

- Попросите об исключении.

Вы и ваш поставщик услуг можете попросить нас сделать исключение. Например, вы можете попросить нас покрыть стоимость лекарственного препарата, который не представлен в

нашем *Перечне лекарств*, или покрыть лекарственный препарат без ограничений. Если ваш поставщик услуг считает, что существует веская медицинская причина предоставить вам исключение из правил покрытия, он или она помогут вам обратиться к нам с соответствующим запросом.

### D3. Подача запроса на исключение из правил покрытия

Если принимаемый вами лекарственный препарат в следующем году будет исключен из нашего *Перечня лекарств* либо его применение будет каким-либо образом ограничено, вы можете до начала следующего года попросить об исключении из правил покрытия.

- Мы сообщим вам о любых изменениях в покрытии вашего лекарственного препарата на следующий год. Подайте нам запрос на исключение из правил и покрытие лекарственного препарата на следующий год в желаемом объеме.
- Мы ответим на ваш запрос об исключении из правил покрытия в течение 72 часов с момента его получения (или получения обоснования от лица, выписавшего вам рецепт).

Подробнее о порядке запроса исключения из правил покрытия см. в **разделе G4 главы 9** *Справочника участника плана*.

Если вам нужна помощь с подачей запроса на исключение из правил покрытия, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

## E. Изменения в страховом покрытии ваших лекарственных препаратов

Большинство изменений в покрытии лекарственных препаратов вступает в силу 1 января, однако мы можем добавлять лекарственные препараты в наш *Перечень лекарств* или убирать их из него в течение всего года. Мы также можем изменять наши правила в отношении лекарств. Например, мы можем:

- Принять решение требовать или не требовать предварительного разрешения (PA) для получения лекарственного препарата (разрешение от нас, прежде чем вы сможете получить лекарственный препарат).
- Добавлять или изменять количество лекарственного препарата, которое вы можете получить (количественные ограничения).
- Добавлять или изменять для лекарственного препарата ограничения в отношении поэтапного лечения (вы должны попробовать принимать один лекарственный препарат, прежде чем мы покроем другой).

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Дополнительную информацию об этих правилах в отношении лекарственных препаратов см. в **разделе C**.

Как правило, если вы принимаете лекарственный препарат, стоимость которого покрывалась в **начале года**, мы не отменим и не изменим покрытие этого препарата **до конца года** за исключением следующих случаев:

- в продаже появляется новый более дешевый лекарственный препарат, который не менее эффективен, чем текущий препарат из нашего *Перечня лекарств*, **или**
- мы узнаем, что лекарственный препарат небезопасен, **или**
- лекарственный препарат снимается с продажи.

**Что произойдет в случае изменения страхового покрытия в отношении принимаемого вами препарата?**

Чтобы получить дополнительную информацию о том, что происходит в случае изменений в нашем *Перечне лекарств*, вы всегда можете:

- Проверить актуальную версию нашего *Перечня лекарств* онлайн на веб-сайте www.wellcare.com/healthnetCA **или**
- Позвонить в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части страницы, и запросить актуальную версию нашего *Перечня лекарств*.

**Изменения, которые мы можем внести в *Перечень лекарств*, которые коснутся вас в течение текущего страхового года**

Некоторые изменения в *Перечне лекарств* вступают в силу незамедлительно. Например:

- В продаже появилось новое непатентованное лекарство. Иногда в продаже появляется новый непатентованный лекарственный препарат или биоаналог, который не менее эффективен, чем текущий патентованный лекарственный препарат или оригинальный биологический препарат из *Перечня лекарств*. В таких случаях мы можем убрать из перечня патентованное лекарство и добавить в него новое непатентованное лекарство, но при этом ваши расходы на новое лекарство не изменятся.

  Когда мы добавляем новый непатентованный лекарственный препарат, мы также можем принять решение оставить в перечне патентованный препарат, но изменить правила его покрытия или ограничения в отношении него.

  - Мы можем не сообщить вам о таком изменении заранее, но мы отправим вам информацию о каждом конкретном изменении после его вступления в силу.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Вы или ваш поставщик услуг можете попросить нас сделать «исключение» для этих изменений. Мы отправим вам уведомление с указанием шагов, которые вы можете предпринять, чтобы запросить исключение. См. **раздел G4 главы 9** данного справочника.

**Лекарственный препарат снимается с продажи**. Если Управление по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA) заявляет, что препарат, который вы принимаете, небезопасен или неэффективен, или производитель препарата снимает лекарство с продажи, мы можем немедленно исключить его из *Перечня лекарств*. Если вы принимаете лекарственный препарат, мы отправим вам уведомление после внесения изменений. Вы можете обсудить со своим врачом другие доступные варианты.

**Мы можем вносить и другие изменения, которые затрагивают принимаемые вами лекарства**. Мы заранее расскажем вам о таких других изменениях в нашем *Перечне лекарств*. Эти изменения могут произойти в следующих ситуациях:

- FDA предоставляет новые рекомендации или появляются новые клинические рекомендации относительно лекарственного препарата.

В случае таких изменений мы:

- Сообщим вам об этом изменении как минимум за 30 дней до того, как внесем его в наш *Перечень лекарств,* **или**
- Сообщим вам об этом изменении и предоставим 30-дневный запас лекарственного препарата после того, как вы обратитесь за повторной выдачей лекарства.

Это даст вам время на обсуждение с вашим врачом или другим лицом, выписавшим вам рецепт. Они помогут вам решить:

- Представлен ли в нашем *Перечне лекарств* похожий лекарственный препарат, которым можно заменить ваш, **или**
- Следует ли вам попросить об исключении из этих изменений, чтобы продолжить покрытие препарата или версии препарата, который вы принимаете. Подробнее о порядке запроса исключений из правил покрытия см. в **разделе G4 главы 9** *Справочника участника плана*.

**Изменения в *Перечне лекарств*, которые не коснутся вас в течение текущего страхового года**

Мы можем вносить изменения в покрытие принимаемых вами лекарственных препаратов, которые не описаны выше и не затронут вас в данный момент. В случае таких изменений, если вы принимаете лекарственный препарат, стоимость которого покрывалась в **начале** года, мы, как

правило, не будем убирать этот препарат из перечня или изменять его покрытие **до конца года**.

Например, если мы уберем принимаемый вами лекарственный препарат или ограничим его применение, это изменение не затронет использование препарата до конца года.

Любое из этих изменений, касающихся принимаемого вами препарата (за исключением изменений, указанных в разделе выше), не скажется на применении вами препарата до 1 января следующего года.

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

## F. Покрытие лекарственных препаратов в особых случаях

### F1. Во время покрываемого нашим планом пребывания в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода

Если вы поступаете в больницу или учреждение квалифицированного сестринского ухода, при этом ваше пребывание покрывается нашим планом страхования, мы, как правило, покрываем стоимость необходимых вам рецептурных лекарственных препаратов во время пребывания в этом медицинском учреждении. Вам не придется вносить доплату. После вашей выписки из больницы или учреждения квалифицированного сестринского ухода мы покроем стоимость необходимых вам лекарственных препаратов, если они соответствуют всем нашим правилам страхового покрытия.

### F2. Во время пребывании в учреждении долгосрочного ухода

Как правило, в учреждении долгосрочного ухода, таком как учреждение сестринского ухода, имеется своя аптека или конкретная аптека, в которой это учреждение приобретает лекарственные препараты для всех своих пациентов. Если вы находитесь в учреждении долгосрочного ухода, вы можете получать рецептурные лекарственные препараты через аптеку учреждения, если она входит в нашу сеть.

Чтобы узнать, входит ли в нашу сеть аптека вашего учреждения долгосрочного ухода, изучите *Каталог поставщиков услуг и аптек*. Если аптека не входит в нашу сеть либо вам нужна дополнительная информация, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

### F3. При участии в сертифицированной Medicare хосписной программе

Расходы на препараты никогда не покрываются одновременно и хосписом, и нашим планом.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Вас могут зачислить в сертифицированный программой Medicare хоспис и вы можете нуждаться в определенных препаратах (например, обезболивающих, противорвотных, слабительных или противотревожных препаратах), которые ваш хоспис не покрывает, поскольку он не имеет отношения к вашему заболеванию в терминальной стадии и состояниям. В этом случае наш план должен получить уведомление от лица, выписавшего вам рецепт, или вашего поставщика услуг хосписа о том, что данный препарат не связан с уходом за неизлечимым больным, прежде чем мы сможем покрыть его стоимость.
- Во избежание задержек с получением таких не связанных с уходом за неизлечимым больным лекарственных препаратов, которые должен покрывать наш план, прежде чем обращаться в аптеку за лекарством по рецепту, вы можете уточнить у поставщика услуг хосписа или лица, выписавшего препарат, что мы получили уведомление о том, что данный препарат не связан с уходом за неизлечимым больным.

Если вы покидаете хоспис, наш план будет покрывать все необходимые вам лекарственные препараты. Во избежание задержек при обращении в аптеку после прекращения действия услуг хосписа в рамках Medicare необходимо предоставить аптеке документацию, которая подтверждает выписку из хосписа.

Информацию о том, какие лекарственные препараты покрывает наш план, см. в предыдущих разделах этой главы. Дополнительную информацию об услугах хосписа см. в **главе 4** *Справочника участника плана*.

## G. Программы по безопасности и правильному обращению с лекарственными препаратами

### G1. Программы, обеспечивающие безопасный прием лекарственных препаратов

Каждый раз, когда вы получаете лекарства по рецепту, мы проверяем наличие возможных проблем, включая ошибки при выписке лекарственных препаратов или тот факт, что лекарственный препарат:

- может не понадобиться, поскольку вы принимаете другой аналогичный препарат аналогичного действия;
- может быть небезопасен для вашего возраста или пола;
- может причинить вам вред, если вы будете принимать несколько препаратов одновременно;
- содержит в составе ингредиенты, на которые у вас имеется или может быть аллергия;
- содержит небезопасное количество опиоидных обезболивающих средств.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

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

## G2. Программы, обеспечивающие управление лекарственным обеспечением

Наш план страхования предусматривает программу помощи участникам со сложными медицинскими потребностями. В таких случаях вы, возможно, можете бесплатно пользоваться услугами программы контроля лекарственного лечения (MTM). Участие в программе является добровольным и бесплатным. Эта программа поможет вам и вашему поставщику убедиться, что ваши лекарственные препараты содействуют улучшению состояния вашего здоровья. Если вы соответствуете критериям участия в программе, фармацевт или другой медицинский специалист всесторонне проанализирует лекарственные препараты, которые вы принимаете, и обсудит с вами следующие темы:

- как добиться наибольшей эффективности принимаемых вами лекарственных препаратов;
- ваши опасения, например относительно стоимости лекарственных препаратов и реакций на них;
- как принимать ваши лекарственные препараты оптимальным способом;
- любые вопросы или опасения, касающиеся ваших рецептурных и безрецептурных лекарственных препаратов.

Затем медицинский специалист предоставит вам следующее:

- Основное содержание этой беседы в письменном виде. В этом документе будет содержаться план действий с рекомендациями для вас, направленными на обеспечение максимальной эффективности принимаемых вами лекарственных препаратов.
- Список всех принимаемых вами лекарственных препаратов с указанием доз, времени приема и причины назначения.
- Сведения о безопасной утилизации рецептурных лекарственных препаратов, которые классифицируются как вещества, ограниченные в обращении.

Рекомендуем обсудить план действий и список ваших лекарственных препаратов с лицом, выписавшем вам рецепт.

- Берите план действий и список ваших лекарственных препаратов с собой на прием и каждый раз, когда собираетесь обратиться к врачу, фармацевту или другому поставщику медицинских услуг.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Берите список ваших лекарственных препаратов с собой, когда обращаетесь в больницу или отделение неотложной помощи.

Участие в программах МТМ добровольное и бесплатное для участников, соответствующих определенным условиям. Если у нас имеется программа, которая отвечает вашим потребностям, мы включим вас в нее и отправим вам необходимую информацию. Если вы не захотите участвовать в этой программе, сообщите нам об этом, и мы вас из нее исключим.

Если у вас возникли вопросы об этих программах, обратитесь в отдел обслуживания участников плана или к вашему координатору медицинского обслуживания.

## G3. Программа контроля применения лекарственных препаратов для безопасного применения опиоидных препаратов

Наш план страхования предусматривает программу, которая помогает участникам безопасно применять рецептурные опиоидные препараты и прочие препараты, которыми часто злоупотребляют. Эта программа называется «Программа контроля приема лекарств» (DMP).

Если вы применяете опиоидные препараты, которые получаете от нескольких лиц, выписывающих рецепты, или аптек, либо если недавно у вас случалась передозировка опиоидными препаратами, мы можем проконсультироваться с лицами, выписывающими вам рецепты, с целью убедиться, что вы принимаете такие препараты правильно и строго по медицинским показаниям. Если мы совместно с лицами, выписывающими вам рецепты, решим, что для вас существует риск небезопасного применения рецептурных опиоидных препаратов или препаратов бензодиазепина, мы можем ограничить доступные вам способы получения таких препаратов. Ограничения могут включать:

- требование получать такие лекарственные препараты по всем рецептам в определенных аптеках и/или у определенных лиц, выписывающих рецепты;
- ограничение покрываемого нами количества таких лекарственных препаратов.

Если мы решим, что к вам следует применить одно или несколько ограничений, мы заранее сообщим вам об этом письмом. 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 поставщика услуг.

**У вас будет возможность сообщить нам, к каким лицам, выписывающим рецепты, или в какие аптеки вы предпочитаете обращаться, а также передать любые сведения, которые, по вашему мнению, нам необходимо знать.** Если после получения вашего ответа мы решим ограничить вам покрытие таких лекарственных препаратов, мы отправим вам еще одно письмо с подтверждением ограничений.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Если вы считаете, что мы допустили ошибку, не согласны с нашим решением, что для вас существует риск злоупотребления рецептурными лекарственными препаратами, или не согласны с этим ограничением, то вы и лицо, выписавшее вам рецепт, можете подать апелляцию. Если вы подаете апелляцию, мы рассмотрим ваш случай и сообщим о нашем решении. Если какая-либо часть вашей апелляции касательно ограничений вашего доступа к таким лекарственным препаратам будет отклонена, мы автоматически отправим ваш случай на рассмотрение в независимую экспертную организацию (IRO). (Подробнее об апелляциях и IRO см. в **разделе G6 главы 9** *Справочника участника плана*.)

Программа DMP может не действовать в вашем отношении, если вы:

- имеете определенные заболевания, такие как рак или серповидноклеточная анемия,
- получаете обслуживание в хосписе, паллиативную помощь либо уход на последней стадии болезни **или**
- находитесь в учреждении долгосрочного ухода.

# Глава 6. Стоимость рецептурных лекарств по программам Medicare и Medi-Cal для вас

## Введение

В этой главе содержится информация о стоимости рецептурных препаратов для амбулаторного лечения для вас. Под «лекарственными препаратами» мы понимаем:

- рецептурные препараты по программе Medicare Part D, **и**
- лекарственные препараты и товары, покрываемые программой Medi-Cal Rx, **и**
- Лекарственные препараты и товары, покрываемые нашим планом страхования в качестве дополнительных услуг.

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medi-Cal, вы участвуете и в программе «Дополнительная помощь» от Medicare, помогающей с оплатой рецептурных препаратов по программе Medicare Part D.

**«Дополнительная помощь»** — это программа Medicare, которая помогает лицам с ограниченными доходами и ресурсами уменьшить расходы на рецептурные препараты по программе Medicare Part D, включая страховые взносы, не покрываемые страховкой минимумы и доплаты. Программу «Дополнительная помощь» также называют «субсидией для малообеспеченных» (Low-Income Subsidy или LIS).

Прочие основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

С дополнительной информацией о рецептурных лекарственных препаратах можно ознакомиться в следующих источниках:

- Наш *Перечень покрываемых лекарств*.
  - Сокращенное название — «*Перечень лекарств*». Из него вы узнаете:
    - Какие лекарственные препараты мы оплачиваем
    - Предусмотрены ли для лекарственных препаратов какие-либо ограничения
  - Если вам нужен экземпляр нашего *Перечня лекарств*, позвоните в отдел обслуживания

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

участников плана. Кроме того, наиболее актуальную версию нашего *Перечня лекарств* можно найти на нашем веб-сайте по адресу www.wellcare.com/healthnetCA.

- Большинство рецептурных препаратов, которые вы получаете в аптеке, покрываются планом Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Другие лекарства, например определенные безрецептурные (OTC) препараты и некоторые витамины, могут покрываться в рамках Medi-Cal Rx. Более подробную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/). Вы также можете позвонить в центр по работе с клиентами Medi-Cal Rx по номеру 800-977-2273. При получении рецептурных лекарственных препаратов через Medi-Cal Rx берите с собой карту получателя льгот (BIC) Medi-Cal.

- **Раздел A главы 5** *Справочника участника плана*.
  - Здесь рассказывается о порядке получения рецептурных препаратов для амбулаторного лечения через наш план.
  - Также приводятся правила, которые необходимо выполнять. Кроме того, здесь содержится информация о том, какие типы рецептурных препаратов не покрываются нашим планом.
  - Если вы используете инструмент «Real Time Benefit Tool» плана для проверки покрытия лекарственных препаратов (см. **раздел B2 главы 5**), расходы отображаются в «реальном времени», т. е. вы видите оценку ваших ожидаемых личных расходов на текущий момент. Вы можете позвонить своему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания участников плана для получения дополнительной информации.

- Наш *Каталог поставщиков услуг и аптек*.
  - В большинстве случаев вы должны получать покрываемые лекарственные препараты в сетевых аптеках. Сотрудничающими с планом или сетевыми называются аптеки, которые согласились работать с нами.
  - В *Каталоге поставщиков услуг и аптек* представлен список сетевых аптек. Дополнительную информацию о сетевых аптеках см. в **разделе A главы 5** *Справочника участника плана*.

## Содержание

A. Разъяснение страховых выплат (EOB) ... 198

B. Как отслеживать расходы на лекарства ... 199

C. Вы ничего не платите за месячный или долгосрочный запас лекарственных препаратов 201

C1. Получение долговременных запасов лекарственных препаратов ... 201

C2. Ваши расходы ... 201

D. Вакцинация ... 202

D1. Что нужно знать перед прохождением вакцинации ... 203

## A. Разъяснение страховых выплат (EOB)

Наш план страхования отслеживает расходы на ваши рецептурные лекарственные препараты. Мы отслеживаем два типа расходов:

- Ваши **наличные расходы**. Это сумма, которую заплатили за рецептурные препараты вы или другие лица от вашего имени. Сюда входят сумма, которую вы заплатили при получении покрываемого по части D препарата, любые платежи за ваши препараты, осуществленные членами семьи или друзьями, любые платежи, осуществленные за ваши препараты за счет программы «Дополнительная помощь» от программы Medicare, планов медицинского страхования работодателя или профсоюза, TRICARE, службы здравоохранения для индейцев, программ помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа, благотворительных организаций и большинства программ по оказанию помощи в оплате фармацевтических препаратов (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP).
- Ваши **общие расходы на лекарства**. Это общая сумма всех платежей, осуществленных за покрываемые по части D препараты. Сюда входят сумма, уплаченная планом, а также сумма, уплаченная другими программами или организациями за покрываемые по части D препараты.

Если вы получаете рецептурные препараты через наш план, мы будем отправлять вам отчет под названием *Разъяснение страховых выплат*. Сокращенно мы называем этот отчет EOB. EOB — это не счет. В отчете EOB содержится дополнительная информация о лекарственных препаратах, которые вы принимаете. EOB включает:

- **Информацию за месяц**. В отчете указано, какие рецептурные препараты вы получили в прошлом месяце. В нем приведены общие расходы на лекарства, сумма, выплаченная нами, и сумма, которую заплатили вы или другие лица от вашего имени.
- **Информацию за текущий год**. Здесь представлены ваши общие расходы на лекарства и все выплаты с 1 января текущего года.
- **Информация о ценах на лекарства.** Здесь указана общая цена лекарственного препарата и ее возможное изменение с момента первого получения по рецепту (в процентах).
- **Варианты более низкой стоимости**. При наличии такие варианты приводятся в отчете под списком ваших текущих лекарств. Для получения дополнительной информации вы можете обратиться к лицу, выписавшему вам рецепту.

Мы предлагаем покрытие лекарственных препаратов, которые не покрываются программой Medicare.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Выплаты, совершенные за такие лекарства, не идут в счет общей суммы личных расходов.
- Большинство рецептурных препаратов, получаемых в аптеке, покрывается нашим планом страхования. Другие лекарства, например определенные безрецептурные (OTC) препараты и некоторые витамины, могут покрываться в рамках Medi-Cal Rx. Более подробную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). Вы также можете позвонить в центр по работе с клиентами Medi-Cal по номеру 800-977-2273. При получении рецептурных лекарственных препаратов через Medi-Cal Rx берите с собой карту получателя льгот (BIC) Medi-Cal.
- Чтобы узнать, какие лекарства покрывает наш план, см. наш *Перечень лекарств*.

## B. Как отслеживать расходы на лекарства

Мы отслеживаем ваши расходы на лекарства и произведенные вами платежи с помощью сведений, полученных от вас и вашей аптеки. Вы можете нам помочь следующим образом:

1. **Используйте свою ID-карту участника плана.**

   Каждый раз при получении лекарства по рецепту предъявляйте свою ID-карту участника плана. Так мы можем узнать, какие лекарства вы получили по рецепту и сколько вы заплатили.

2. **Убедитесь, что у нас есть необходимая информация.**

   Отправляйте нам копии квитанций после оплаты покрываемых лекарственных препаратов. Вы можете подать запрос о возмещении стоимости такого лекарственного препарата.

   Ниже приведены некоторые ситуации, в которых вам следует предоставить нам копии ваших квитанций:

   - Вы приобретаете покрываемый лекарственный препарат в сетевой аптеке по специальной цене или с использованием дисконтной карты, которая не является частью покрытия нашего плана
   - Вы вносите доплату за лекарственные препараты, которые получаете в рамках программы помощи пациентам от производителя лекарственного препарата
   - когда вы приобретаете покрываемые лекарственные препараты в несетевой аптеке;
   - когда вы оплачиваете полную стоимость покрываемого планом лекарственного препарата.

   Дополнительную информацию о том, как попросить нас возместить расходы на лекарственный препарат, см. в **разделе A главы 7** *Справочника участника плана*.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

3. **Отправляйте нам информацию о платежах, совершенных другими лицами от вашего имени.**

   Выплаты, произведенные определенными другими лицами или организациями, также учитываются при расчете ваших личных расходов. Например, выплаты по программе помощи 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.

4. **Проверяйте отправляемые нами отчеты EOB**.

Получив отчет EOB по почте, убедитесь в полноте и правильности указанных в нем сведений.

- **Узнаёте ли вы названия каждой из аптек?** Проверьте даты. Принимали ли вы препараты в этот день?
- **Внесли ли вы эти препараты в список?** Совпадают ли их названия с медикаментами в ваших рецептах? Совпадают ли они с препаратами, назначенными вашим лечащим врачом?

Для получения дополнительной информации вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) или изучить *Справочник участника плана* Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), доступный на нашем веб-сайте: www.wellcare.com/healthnetCA.

**Что делать, если вы нашли ошибки в этом отчете?**

Если что-то смущает вас или кажется ошибкой в отчете EOB, позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). *Вы также можете найти ответы на многие вопросы на нашем веб-сайте:* www.wellcare.com/healthnetCA.

**Если вы заподозрили мошенничество?**

Если в данном отчете указаны лекарственные препараты, которые вы не принимаете, или что-либо еще вызывает у вас сомнения, обратитесь к нам.

- Позвоните нам в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP).
- Или позвоните в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Вы можете звонить по этим номерам бесплатно, круглосуточно и без выходных.

Если вы подозреваете, что работающий по программе Medi-Cal поставщик услуг совершил мошенничество, растрату или злоупотребление, вы имеете право конфиденциально сообщить об этом по бесплатному номеру 1-800-822-6222. Другие способы сообщить о мошенничестве в рамках программы Medi-Cal представлены по адресу: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-

CalFraud.aspx.

Если вы считаете, что в отчете есть упущения или ошибки, либо если у вас есть какие-то вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана. Если вы не хотите получать по почте бумажную версию отчета *Разъяснения страховых выплат по части D (отчет EOB по части D)*, теперь у вас есть возможность получать его электронную версию. Запросить ее можно, посетив веб-сайт https://www.express-scripts.com/. Если вы предпочтете такой вариант получения документации, вы получите электронное письмо с уведомлением, что ваш электронный отчет *Разъяснение страховых выплат* (eEOB) готов к просмотру, печати или загрузке. Электронные отчеты EOB (eEOB) также называются безбумажными отчетами EOB по части D. Безбумажные отчеты EOB по части D являются точными копиями (изображениями) печатных отчетов EOB по части D. Храните эти отчеты EOB. Это важная документация, подтверждающая ваши расходы на препараты.

## C. Вы ничего не платите за месячный или долгосрочный запас лекарственных препаратов

С нашим планом страхования вам не нужно платить за покрываемые лекарства, если вы соблюдаете наши правила.

### C1. Получение долговременных запасов лекарственных препаратов

Вы можете приобрести долгосрочный запас (также называемый «запас на длительный срок») некоторых препарата по рецепту. Долгосрочный запас — это запас препарата на срок не более 100 дней. За приобретение долговременного запаса плата не взимается.

Подробнее о том, где и как получить долгосрочный запас лекарственного препарата, см. в **разделе A7 главы 5** *Справочника участника плана* или в нашем *Каталоге поставщиков услуг и аптек*.

### C2. Ваши расходы

Большинство рецептурных препаратов, получаемых в аптеке, покрывается нашим планом страхования. Другие лекарства, например определенные безрецептурные (OTC) препараты и некоторые витамины, могут покрываться в рамках Medi-Cal Rx. Более подробную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/). Вы также можете позвонить в центр по работе с клиентами Medi-Cal по номеру 800-977-2273. При получении рецептурных лекарственных препаратов через Medi-Cal Rx берите с собой карту получателя льгот (BIC) Medi-Cal.

**Ваша доля расходов при получении месячного или долгосрочного запаса покрываемого**

**рецептурного препарата в зависимости от типа аптеки:**

| | **Сетевая аптека**<br><br>Запас на один месяц или на срок до 100 дней | **Предусмотренная планом услуга заказа с доставкой по почте**<br><br>Запас на один месяц или на срок до 100 дней | **Сетевая аптека, обслуживающая людей, нуждающихся в долгосрочном обслуживании**<br><br>Запас на один месяц или на срок до 31 дня | **Несетевая аптека**<br><br>Запас на один месяц или на срок до 30 дней. Покрытие ограничивается определенными случаями. См. **главу 5** нашего *Справочника участника плана*. |
|---|---|---|---|---|
| Уровень участия в расходах (все препараты по части D) | $0 | $0 | $0 | $0 |

Чтобы узнать, в каких аптеках можно получить долгосрочный запас лекарства, см. *Каталог поставщиков услуг и аптек* нашего плана страхования.

## D. Вакцинация

**Важная информация о плате за вакцины** На некоторые вакцины распространяется страховое покрытие медицинского обслуживания, и они покрываются по Части B программы Medicare. Другие вакцины считаются лекарствами по программе Medicare Part D. Такие вакцины перечислены в *Перечне покрываемых лекарств* (*Справочнике лекарств*) плана страхования. Наш план покрывает большинство вакцин для взрослых по программе Medicare Part D бесплатно для вас. См. *Перечень покрываемых лекарств* (*Справочник лекарств*) вашего плана страхования или обратитесь в отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать больше о страховом покрытии и участии в расходах при получении конкретных вакцин.

Наше страховое покрытие вакцинации по программе Medicare Part D подразумевает две части:

1. Первая часть — это страховое покрытие стоимости **самой вакцины**. Вакцина представляет собой рецептурный препарат.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

2. Вторая часть покрывает стоимость **введения вакцины**. Например, иногда вы можете получить вакцину в виде укола, который вам ставит ваш врач.

## D1. Что нужно знать перед прохождением вакцинации

Мы рекомендуем вам звонить в отдел обслуживания участников плана, если вы планируете пройти вакцинацию.

- Мы расскажем вам о том, как наш план покрывает вашу вакцинацию.

# Глава 7. Направление запроса на оплату счета, полученного вами за покрываемые услуги или лекарственные препараты

## Введение

В этой главе содержится информация о порядке и сроках отправки нам счетов для оплаты. Здесь также рассказывается о порядке подачи апелляции, если вы не согласны с решением о страховом покрытии. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

## Содержание

A. Запрос на оплату полученных вами услуг или лекарств ..... 205
B. Направление запроса на оплату ..... 209
C. Решения о страховом покрытии ..... 210
D. Апелляции ..... 211

## A. Запрос на оплату полученных вами услуг или лекарств

Вы не должны получать счетов за услуги или лекарства, полученные в пределах сети. Наши сетевые поставщики услуг должны выставлять счета за полученные вами покрываемые услуги и лекарственные препараты плану страхования. Сотрудничающий с планом или сетевой поставщик услуг — это поставщик услуг, работающий с планом медицинского страхования.

Мы не позволяем сотрудничающим с планом Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) поставщикам услуг выставлять вам счета за такие услуги или лекарства. Мы платим нашим поставщикам услуг напрямую, и мы защищаем вас от уплаты любых сборов.

**Если вы получите счет за медицинское обслуживание или лекарства, не оплачивайте его и отправьте его нам**. Сведения о том, как отправить нам счет, см. в **разделе B** этой главы.

- Если мы покрываем услуги или лекарства, мы заплатим поставщику услуг напрямую.
- Если мы покрываем услуги или лекарства, при этом вы уже оплатили счет, вы имеете право на возмещение расходов.
  - Если вы заплатили за услуги, покрываемые программой Medicare, мы возместим вам расходы.
- Если вы заплатили за уже полученные услуги в рамках Medi-Cal, вы можете претендовать на возмещение (возврат) расходов при соблюдении всех следующих условий:
  - Полученная вами услуга представляет собой покрываемую программой Medi-Cal услугу, ответственность за оплату которой несем мы. Мы не возместим вам расходы за услугу, если она не покрывается планом Wellcare Dual Align (HMO D-SNP).
  - Вы получили покрываемую услугу после того, как стали участником плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP).
  - Вы подаете запрос на возмещение расходов в течение одного года с даты получения вами покрываемой услуги.
  - Вы предоставляете доказательство оплаты вами покрываемой услуги, например квитанцию от поставщика услуг с разбивкой по позициям.
  - Вы получили покрываемую услугу у поставщика услуг, участвующего в программе Medi-Cal и сотрудничающего с планом Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Соблюдение этого условия необязательно, если вы получили экстренную медицинскую помощь, услуги по планированию семьи или другую услугу, которую программа Medi-Cal позволяет получать у внесетевых поставщиков услуг без предварительного одобрения (предварительного разрешения).

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Если обычно для покрываемой услуги требуется предварительное одобрение (предварительное разрешение), вам необходимо предоставить доказательство медицинской необходимости в покрываемой услуге от поставщика услуг.
- План Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) сообщит вам о своем решении относительно возмещения расходов в письме под названием «Уведомление о принятом решении». При соблюдении всех перечисленных выше условий участвующий в программе Medi-Cal поставщик услуг обязан возместить ваши расходы в полном объеме. Если поставщик услуг отказывается возмещать ваши расходы, выплаченная вами сумма будет в полном объеме возмещена планом Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Мы возместим ваши расходы в течение 45 рабочих дней со дня получения страхового требования. Если поставщик услуг участвует в программе Medi-Cal, но не сотрудничает с нами и отказывается возмещать ваши расходы, план Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) возместит ваши расходы, но только в том объеме, в каком услугу оплатила бы программа FFS Medi-Cal. План Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) в полном объеме возместит ваши личные расходы за услуги экстренной медицинской помощи, услуги по планированию семьи или другую услугу, которую программа Medi-Cal позволяет получать у внесетевых поставщиков услуг без предварительного одобрения. При несоблюдении одного из перечисленных выше условий мы не возместим ваши расходы.
- Мы не возместим ваши расходы, если:
  - Вы запросили и получили услуги, которые не покрываются программой Medi-Cal, например косметические услуги.
  - Услуга не относится к покрываемым планом Wellcare Dual Align (HMO D-SNP).
  - Вы обратились к врачу, который не принимает пациентов по программе Medi-Cal, и при этом подписали форму, подтверждающую ваше желание все же получить услуги и оплатить их самостоятельно.
- Если мы не покрываем услуги или лекарства, мы сообщим вам об этом.

Обратитесь в отдел обслуживания участников плана, если у вас возникли какие-либо вопросы. Если вы получили счет и не знаете, как с ним поступить, мы можем вам помочь. Кроме того, вы можете позвонить нам, если хотите сообщить дополнительную информацию, касающуюся уже отправленного запроса на оплату.

Ниже приведены примеры ситуаций, когда вам может понадобиться попросить нас о возмещении ваших расходов или об оплате счета, который вы получили:

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

1. **Вы получили экстренную или неотложную медицинскую помощь от поставщиков услуг, не входящих в сеть**

   Попросите поставщика услуг выставить счет нам.

   - Если вы оплатили полную стоимость медицинского обслуживания при его получении, обратитесь к нам за возмещением расходов. Отправьте нам счет и доказательство совершенного платежа.
   - Вы можете получить от поставщика услуг счет, по которому вы, по вашему мнению, не должны платить. Отправьте нам счет и доказательство совершенного платежа.
     - Если поставщику услуг нужно заплатить, мы заплатим ему напрямую.
     - Если вы уже оплатили услугу по программе Medicare, мы возместим ваши расходы.

2. **Вы получили счет от сетевого поставщика**

   Сетевые поставщики услуг всегда должны выставлять счета нам. Важно предъявлять свою ID-карту участника плана, когда вы получаете какие-либо услуги или лекарства по рецепту; однако иногда сетевые поставщики допускают ошибки и просят вас оплатить свои услуги полностью или в объеме, превышающем вашу долю расходов. **Позвоните в отдел обслуживания участников плана** по номеру, указанному в нижней части этой страницы, **если вы получили какие-либо счета.**

   - Поскольку мы оплачиваем полную стоимость полученных вами услуг, вы не несете ответственность за оплату каких-либо расходов. Поставщики услуг не должны выставлять вам какие-либо счета за такие услуги.
   - Во всех случаях, когда вы получаете счет от сетевого поставщика услуг, вышлите его нам. Мы свяжемся с этим поставщиком услуг напрямую и решим возникшую проблему.
   - Если вы уже оплатили счет от сетевого поставщика услуг за покрываемые программой Medicare услуги, отправьте нам счет и доказательство совершенного платежа. Мы возместим ваши расходы на полученные вами покрываемые услуги.

3. **Вы включены в наш план задним числом.**

   Иногда вступление в план страхования происходит задним числом. (Это означает, что первый день вашей регистрации прошел. Возможно, он был даже уже в прошлом году.)

   - Если вы вступили в план страхования задним числом и оплатили счет после даты вступления, вы можете попросить нас возместить ваши расходы.
   - Отправьте нам счет и доказательство совершенного платежа.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

4. **Вы пользуетесь услугами аптеки, не сотрудничающей с планом, чтобы получить лекарство по рецепту.**

   Если вы обращаетесь во внесетевую аптеку, вам придется оплатить полную стоимость лекарств по рецепту.

   - Мы покроем лекарства, полученные по рецепту во внесетевой аптеке, только в некоторых случаях. Отправьте нам копию квитанции вместе с запросом на возмещение ваших расходов.
   - Подробнее о внесетевых аптеках см. в **главе 5** *Справочника участника плана*.
   - Возможно, мы не возместим вам разницу между суммой, уплаченной вами за препарат в аптеке, не входящей в сеть, и суммой, которую мы возместили бы в случае приобретения препарата в аптеке сети.

5. **Вы оплачиваете полную стоимость лекарства по рецепту, потому что у вас нет с собой ID-карты участника плана.**

   Если у вас нет с собой вашей ID-карты участника плана, вы можете попросить сотрудника аптеки позвонить нам или поискать информацию о вашем участии в плане.

   - Если сотруднику аптеки не удается сразу же получить нужную информацию, вам, возможно, придется самостоятельно оплатить полную стоимость лекарств по рецепту или вернуться в аптеку с ID-картой участника плана.
   - Отправьте нам копию квитанции вместе с запросом на возмещение ваших расходов.
   - Мы не можем возместить вам полную стоимость, которую вы заплатили, если цена при условии уплаты наличными, которую вы заплатили, превышает нашу согласованную цену за рецепт.

**6. Вы оплатили полную стоимость лекарства по рецепту, который не покрывается планом**

Возможно, вам придется оплатить полную стоимость лекарства по рецепту, поскольку оно не покрывается планом.

- Лекарственный препарат может отсутствовать в нашем *Перечне покрываемых лекарств (Перечне лекарств)*, опубликованном на нашем веб-сайте, либо на него могут распространяться требования или ограничения, о которых вы не знали или которые, по вашему мнению, не относятся к вам. Если вы решите получить такой лекарственный препарат, возможно, вам потребуется оплатить его полную стоимость.
  - Если вы не заплатили за лекарство и считаете, что мы должны его покрывать, вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии (см. **раздел G4 главы 9** *Справочника участника плана*).
  - Если вы и ваш врач или другое лицо, выписавшее вам рецепт, считаете, что лекарственный препарат необходим вам как можно скорее (в течение 24 часов), вы можете запросить срочное решение о страховом покрытии (см. **раздел G4 главы 9** *Справочника участника плана*).
- Отправьте нам копию квитанции вместе с запросом на возмещение ваших расходов. В некоторых случаях нам может потребоваться дополнительная информация от вашего врача или другого лица, выписавшего вам рецепт, чтобы возместить вам расходы на лекарство. Мы не можем возместить вам полную стоимость, которую вы заплатили, если цена, которую вы заплатили, превышает нашу согласованную цену за рецепт.

Когда вы отправляете нам запрос на оплату, мы рассматриваем его и принимаем решение о необходимости покрытия услуги или лекарства. Это называется процедурой вынесения решения о страховом покрытии. Если мы примем решение о покрытии услуги или лекарства, мы оплатим ее/его.

В случае отклонения вашего запроса на оплату вы можете обжаловать наше решение. Подробнее о порядке подачи апелляции см. в **разделе G5 главы 9** *Справочника участника плана*.

## B. Направление запроса на оплату

Отправьте нам счет и доказательство совершенного платежа за услуги по программе Medicare. Подтверждением оплаты может служить копия выписанного вами чека или кассового чека, выданного поставщиком услуг. **Рекомендуем вам сделать для себя копии счета и квитанций об оплате.** Вы можете обратиться за помощью к своему координатору медицинского обслуживания. Вы должны отправить нам сведения в течение 30 дней с даты получения вами услуги, товара или лекарства.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

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

- Вы не обязаны использовать эту форму, но ее заполнение поможет нам обработать информацию быстрее.
- Форма доступна на нашем веб-сайте (www.wellcare.com/healthnetCA). Либо вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана и попросить прислать вам форму.

Отправьте нам запрос на оплату по почте вместе со всеми счетами или квитанциями по следующему адресу:

Адрес для приема страховых требований в отношении медицинского обслуживания:

Member Reimbursement Dept
P.O. Box 3060
Farmington, MO 63640

**Вы должны подать страховое требование в течение одного календарного года** с даты получения услуги, товара или лекарственного препарата.

Адрес для приема страховых требований в отношении лекарственных препаратов:

Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

Отправьте нам счет и доказательство совершенного платежа за услуги по программе Medicare. Подтверждением оплаты может служить копия выписанного вами чека или кассового чека, выданного поставщиком услуг. Рекомендуем вам сделать для себя копии счета и квитанций об оплате. Вы можете обратиться за помощью к своему менеджеру по медицинскому обслуживанию. 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.

## C. Решения о страховом покрытии

**Когда мы получим ваш запрос на оплату, мы примем решение о страховом покрытии. Другими словами, мы решим, покроет ли наш план полученную вами услугу, товар или лекарство.** Мы также решим, какую сумму, если таковая имеется, вы должны заплатить.

Мы также решим, какую сумму, если таковая имеется, вы должны заплатить.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Мы сообщим вам, если нам потребуется дополнительная информация от вас.
- Если мы решим, что наш план покрывает услугу, товар или лекарство, при этом вы следовали всем правилам при их получении, мы оплатим их. Если вы уже заплатили за услугу или лекарство, мы отправим вам по почте чек на сумму, равную вашим расходам. Если вы оплатили полную стоимость лекарства, вам, возможно, не возместят полную сумму, которую вы заплатили (например, если вы получили лекарство во внесетевой аптеке или если цена при условии уплаты наличными, которую вы заплатили, выше нашей согласованной цены). Если вы не совершали платеж, мы заплатим поставщику услуг напрямую.

В **разделе B главы 3** *Справочника участника плана* объясняются правила получения покрываемых услуг. В **разделе A главы 5** *Справочника участника плана* объясняются правила получения рецептурных препаратов, покрываемых по программе Medicare Part D.

- Если мы примем решение не оплачивать услугу или лекарство, мы отправим вам письмо с объяснением причин. В письме также разъясняются ваши права на обжалование решений.
- Подробнее о решениях о страховом покрытии см. в **разделе E1 главы 9**.

## D. Апелляции

Если вы считаете, что мы допустили ошибку, отклонив ваш запрос на оплату, вы можете попросить нас изменить наше решение. Эта процедура называется «подача апелляции». Вы также можете подать апелляцию, если не согласны с размером нашей выплаты.

Официальная процедура рассмотрения апелляции предусматривает подробный регламент и сроки исполнения. Подробнее об апелляциях см. в: **разделе E2 главы 9** *Справочника участника плана*:

- Для подачи апелляции по поводу возмещения расходов на медицинское обслуживание изучите **раздел F**.
    - Для подачи апелляции по поводу возмещения расходов на лекарственный препарат изучите **раздел G**.

# Глава 8. Ваши права и обязанности

## Введение

В этой главе описаны ваши права и обязанности как участника нашего плана страхования. Мы должны уважать ваши права. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

## Содержание

A. Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями ..... 213
B. Наша обязанность обеспечить вам своевременный доступ к покрываемым услугам и лекарствам ..... 226
C. Наша обязанность защищать вашу личную информацию о здоровье (PHI) ..... 228
C1. Как мы защищаем вашу личную информацию о здоровье (PHI) ..... 229
C2. Ваше право ознакомиться со своими медицинскими документами ..... 229
D. Наша обязанность предоставлять вам информацию ..... 230
E. Невозможность для сетевых поставщиков услуг выставлять вам счета напрямую ..... 231
F. Ваше право выйти из нашего плана страхования ..... 232
G. Ваше право принимать решения о вашем медицинском обслуживании ..... 232
G1. Ваше право знать доступные вам варианты лечения и принимать решения ..... 232
G2. Ваше право определить план действий на случай, если вы будете не в состоянии самостоятельно принимать решения о медицинском обслуживании ..... 233
G3. Что делать, если ваши указания не были выполнены ..... 234
H. Ваше право подавать жалобы и просить нас пересмотреть наши решения ..... 235
H1. Что делать в случае несправедливого отношения и как получить дополнительную информацию о ваших правах ..... 235
I. Ваши обязанности как участника плана ..... 235
J. Вы имеете право вносить предложения относительно прав участников нашего плана и нашей политики в отношении ответственности ..... 238
K. Оценка новых технологий ..... 238

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

## A. Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями

We must ensure all services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (traditional characters), Farsi, Hmong, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To obtain materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) wants to make sure you understand your health plan information. We can send materials to you in another language or alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request." We will document your choice. Please call us if:

  - You want to get your materials in Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (traditional characters), Farsi, Hmong, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese or in an alternate format. You can ask for one of these languages in an alternate format.
  - You want to change the language or format that we send you materials.

If you need help understanding your plan materials, please contact Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) Member Services at 1-800-431-9007 (TTY: 711). Between October 1 and March 31, representatives are available Monday–Sunday, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

باید مطمئن شویم که **همه** خدمات با رفتاری شایسته و به گونه‌ای دردسترس و راحت به شما ارائه می‌شود. اطلاعات مربوط به مزایای طرح ما و حقوق شما را باید به گونه‌ای در اختیارتان قرار دهیم که برای شما قابل درک باشد. باید هرسال که در طرح ما شرکت می‌کنید حقوقتان را به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با «مرکز خدمات اعضا» تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان‌های مختلف است.
- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی شامل عربی، ارمنی، کامبوجی (خمر)، چینی (سنتی)، فارسی، همونگ، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، و ویتنامی و در قالب‌هایی مانند چاپ درشت، بریل، یا صوتی هم در اختیار شما قرار دهد. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به نشانی زیر نامه ارسال کنید:

Wellcare by Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

Wellcare by Health Net می‌خواهد مطمئن شود اطلاعات طرح سلامت خودتان را متوجه می‌شوید. در صورت درخواست، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌هایی دیگر برای شما ارسال کنیم. به این درخواست «تقاضای ثابت» گفته می‌شود. انتخابتان را ثبت می‌کنیم. لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

- اگر تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، همونگ، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی، یا در قالبی دیگر دریافت کنید. می‌توانید یکی از این زبان‌ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.
- اگر تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی‌مان به شما را تغییر دهیم.

اگر برای درک مفاد طرحتان نیاز به راهنمایی دارید، با «مرکز خدمات اعضا» Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند.

اگر برای دریافت اطلاعات از طرح ما به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، با یکی از شماره‌های زیر تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). می‌توانید طی 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- «اداره حقوق مدنی» Medi-Cal با شماره 916-440-7330. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند
- U.S Department of Health and Human Services، Office for Civil Rights به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

يجب أن نضمن أن نقدّم لك **كل** الخدمات بطريقة متاحة وملائمة من الناحية الثقافية. ويتعين علينا أيضًا أن نطلعك على مزايا خطتنا وعلى حقوقك على نحو يمكنك أن تفهمه. يجب أن نطلعك على حقوقك كل عام تكون فيه ضمن خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية المتاحة للإجابة عن الأسئلة الواردة بمختلف اللغات.
- يمكن أن تقدم لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيل الصوتي. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو الكتابة إلى:

Wellcare by Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

ترغب Wellcare by Health Net في التأكد من أنك تفهم معلومات خطتك الصحية. يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُطلق على ذلك اسم "الطلب القائم". وسنقوم بتوثيق اختيارك. يرجى الاتصال بنا في حال:

- تريد الحصول على المواد باللغة العربية أو الأرمينية أو الكمبودية (الخميرية) أو الصينية (بأحرف تقليدية) أو الفارسية أو الهمونجية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية أو الفيتنامية أو بتنسيق بديل. يمكنك طلب إحدى هذه اللغات بتنسيق بديل.
- تريد تغيير اللغة أو التنسيق الذي نرسل به المواد إليك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لفهم مواد خطتك، فيرجى الاتصال بخدمات أعضاء Wellcare by Health Net على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). الممثلون متاحون في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة مشاكل اللغة أو الإعاقة وترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ويمكنك الاتصال على مدار 7 أيام في الأسبوع، 24 ساعة في اليوم. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights على الرقم 916-440-7370. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- U.S Department of Health and Human Services، Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Մենք պետք է վստահ լինենք, որ **բոլոր** ծառայությունները մատուցվում են ձեր մշակույթին համապատասխան եւ դրանք հասանելի են ձեզ համար: Մենք պետք է նաեւ հասկանալի լեզվով ներկայացնենք մեր ապահովագրական պլանում ներառված նպաստները եւ դրանց առնչվող ձեր իրավունքները: Ամեն տարի մենք պետք է ներկայացնենք մեր պլանում ներառված ձեր իրավունքները:

- Հասկանալի տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություններ: Մեր ապահովագրական պլանն ունի բանավոր թարգմանչի անվճար ծառայություններ՝ պատասխանելու հարցերին տարբեր լեզուներով:

- Ապահովագրական մեր պլանը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով, ներառյալ՝ արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն (քմերերեն), չինարեն (ավանդական տառերով), պարսկերեն, հմոնգ, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալոգ, վիետնամերեն և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոշոր տպագիրը, բրայլյան գիրը կամ աուդիո ձևաչափով. Այլընտրանքային այս ձևաչափերից որևէ մեկով նյութերը ստանալու համար, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն կամ գրել հետևյալ հասցեին՝

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net-ը ցանկանում է համոզված լինել, որ լիովին ընկալում եք առողջության ապահովագրության ձեր պլանի տեղեկությունները: Մենք կարող ենք ուղարկել ձեզ նյութեր այլ լեզվով կամ ձեւաչափով, եթե ձևակերպեք այն այս դիմումով: Այն կոչվում է «Մշտական պահանջ»: Մենք կփաստաթղթավորենք Ձեր ընտրությունը: Խնդրում ենք զանգահարել մեզ, եթե.

  - Ցանկանում եք ստանալ ձեր նյութերն արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն (կխմեր), չինարեն (ավանդական), ֆարսի, հմոնգ, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալոգ, վիետնամերեն լեզուներով կամ ձևաչափերով: Դուք կարող եք դիմել այս լեզուներից որևէ մեկով նյութերի համար կամ որևէ այլընտրանքային ձեւաչափով:

  - Դուք ցանկանում եք փոխել ուղարկված նյութերի լեզուն կամ ձեւաչափը:

Եթե օգնության կարիք ունեք ընկալելու ձեր պլանի նյութերը, խնդրում ենք դիմել Wellcare by Health Net Անդամների սպասարկման ծառայություններ՝ 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մինչ մարտի 31-ը, սպասարկող անձնակազմը հասանելի է երկուշաբթի-կիրակի օրերին, ժամը՝ 8 a.m.-8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը, սպասարկողները հասանելի են երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8 a.m.-8 p.m.:

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Եթե մեր պլանի մասին տեղեկություններ ստանալու դժվարություններ ունեք՝ պայմանավորված լեզվական կամ հաշմության խնդիրներով և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 1-877-486-2048:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքի գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտվողները՝ 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության եւ սոցիալական հարցերով դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքի գրասենյակ՝ 1-800-368-1019: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697:

---

យើងតម្រូវធានាថា សេវាកម្ম**ទាំងអស់**ដែលហានផ្ដល់ជូនអ្នកគឺមានសមត្ថភាពផ្ទៃកែវប្ៃបធម៌ និងមាន
លក្ខណៈអាចប្ៃើប្ៃាស់ហាន។ យើងក៏តម្រូវតបែ្ៃាប់អ្នកអំពី អត្ថប្ៃយោជន៍របស់គម្ៃោងអ្នក
និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់ហាន។
យើងតម្រូវតបែ្ៃាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំ
ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្ៃោងរបស់យើង។

- ដើម្ៃបីទទួលហានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់ហាន
  សូមហៅទូរស័ព្ទទៅផ្ទៃកែសេវាកម្មសមាជិក។ គម្ៃោងរបស់
  យើងមានសេវាអ្នកបកប្ៃែផ្ទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្ៃោងរបស់យើងក៏អាចផ្ដល់ឱ្ៃយអ្នកនូវឯកសារ ជាភាសា ក្ៃៅពីភាសាអង់គ្លេស
  រួមមាន អារ៉ាប់ អាមនើ កម្ពុជា (ខ្ៃមរ) ចិន (តួអក្សរប្ៃពណី) ហ្ៃាសី ម៉ុង ក្ៃូ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ
  តាកាឡុក វៀតណាម និង ក្នុងទម្ៃង់ផ្សេងៗ ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្ៃាប់ជនពិការ
  និងជាសំឡេង។ ដើម្ៃបីទទួលហានឯកសារក្នុងទម្ៃង់ជំនួសទាំងនេះ
  សូមហៅទូរស័ព្ទទៅផ្ទៃកែសេវាកម្មសមាជិក ឬសរសេរទៅ៖

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Wellcare by Health Net ចង់ធានាថា អ្នកយល់ព័ត៌មានអំពីគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងអាចផ្ញើឯកសារទៅអ្នកជាភាសាផ្សេង ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀត បើសិនបើអ្នក សុំឯកសារនោះតាមវិធីនេះ។ នេះហៅថា "ការសុំសុំអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រង ឯកសារតាមជម្រើសរបស់អ្នក។ សូមហៅទូរស័ព្ទមកយើង បើសិនបើ៖

- អ្នកចង់ហានឯកសារជាភាសាអារ៉ាប់ អាមនើ ខ្មែរ (ខ្មែរ) ចិន (តួអក្សរបែបប្រពណី) ហ្ស្ការ៉ាសុ ម៉ុង ក្រូអ៊ីសុ អេស្پ៉ាញ តាកាឡុក វៀតណាម ឬក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចសុំភាសាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ជំនួស។
- អ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសា ឬទម្រង់ដែលយើងផ្ញើឯកសារទៅអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីយល់ឯសារអំពីគម្រោងរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Wellcare by Health Net (តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711))។ ពីថ្ងៃទី 1 ខតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ ពីថ្ងៃទី 1 ខមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ៖

- Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទទៅ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យ Office of Civil Rights របស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរទូរស័ព្ទមកលេខ 711។
- ការិយាល័យ Office for Civil Rights របស់ក្រសួង U.S Department of Health and Human Services តាមរយៈលេខ1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរស័ព្ទទៅលេខ1-800-537-7697។

---

我們必須確保所有服務都是以符合文化背景且能輕鬆取得的方式提供給您。我們也必須以您能夠理解的方式向您告知我們計劃的福利以及您的權利。只要您仍參與我們的計劃，我們就必須每年向您告知您的權利。

- 若要以您可以理解的方式取得資訊，請致電會員服務部。我們的計劃提供免費口譯員服務，能以各種語言回答問題。

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- 我們的計劃也能為您提供以非英文語言（包括阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文（高棉文）、中文（繁體）、波斯文、苗族文、韓文、俄文、西班牙文、菲律賓塔加路文、越南文）撰寫的資料，並且能以大字版、點字版或語音版等格式提供。若要取得以上述其中一種替代格式提供的資料，請致電會員服務部或是寫信到以下地址：

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net 希望確保您瞭解您的健康計劃資訊。如果您提出要求，我們能將以其他語言撰寫或以替代格式提供的資料寄送給您。這稱為「常設要求」。我們將會記錄您的選擇。如有以下情況，請致電我們：

- 您希望取得以阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文（高棉文）、中文（繁體）、波斯文、苗族文、韓文、俄文、西班牙文、菲律賓塔加路文、越南文撰寫或以替代格式提供的資料。您可以要求以替代格式提供上述其中一種語言。

- 您希望變更我們向您寄送資料的語言或格式。

如果您需要瞭解您計劃資料的協助，請致電 Wellcare by Health Net 會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

如果您因語言問題或身心障礙而無法取得我們計劃中的資訊，且您想要提出投訴，請致電：

- Medicare，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。每週 7 天每天 24 小時皆可撥打。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

- Medi-Cal 民權辦公室，電話是 916-440-7370。TTY 使用者請撥打 711

- 美國衛生署和公眾服務部民權辦公室，電話是 1-800-368-1019。TTY 使用者請撥打 1-800-537-7697。

---

당사는 **모든** 서비스가 문화적으로 충분하고 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 또한 당사는 플랜 혜택, 고객의 권리를 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 고객에게 알려 드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 전화하십시오. 당사 플랜은 가입자들의 질문에 다양한 언어로 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.

- 당사 플랜은 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 페르시아어, 몽어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오

디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식의 자료가 필요하시다면 가입자 서비스부에 전화하시거나 아래 주소로 서신을 보내주십시오.

Wellcare by Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

Wellcare by Health Net은 귀하가 본인의 건강 플랜 정보를 확실히 이해하실 수 있도록 도울 것입니다. 귀하의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 "지속 요청"이라고 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다. 아래와 같은 경우라면 전화해 주십시오.

- ○ 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 페르시아어, 몽어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶으실 수 있습니다. 이러한 언어 중 하나를 대체 형식으로 요청할 수 있습니다.
- ○ 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 도움이 필요하시면, Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만사항을 제기하길 원하시면

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 연락해 주십시오. 주 7일 하루 24시간 언제든 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.
- Medi-Cal Office of Civil Rights는 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 1-800-368-1019번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하셔야 합니다.

---

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана и ваших правах в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для получения информации в удобной для вас форме позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на других языках.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского (в том числе на арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), фарси, хмонг, корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском), и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиозапись. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников плана или напишите по адресу:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом медицинского страхования Wellcare by Health Net. По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на другом языке или в другом формате. Такой запрос называется «постоянно действующим». Мы внесем ваш выбор в свою документацию. Позвоните нам, если:

  - Вы хотите получать материалы в другом формате или на одном из следующих языков: арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), фарси, хмонг, корейском, русском, испанском, тагальском или вьетнамском. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате.
  - Вы хотите сменить язык или формат присылаемых вам материалов.

Если вам нужна помощь с пониманием информации, представленной в материалах о плане страхования, обратитесь в отдел обслуживания участников плана Wellcare by Health Net по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.

Если у вас возникли трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить круглосуточно и без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб США по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

---

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi của chương trình và quyền lợi của quý vị

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

theo cách dễ hiểu cho quý vị. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền mà quý vị có mỗi năm trong chương trình của chúng tôi.

- Để lấy thông tin theo cách dễ hiểu cho quý vị, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc bằng nhiều ngôn ngữ.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khmer), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Farsi, tiếng Hmong, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Việt và ở các định dạng như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Để lấy tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc gửi thư đến:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net muốn đảm bảo quý vị hiểu được thông tin chương trình sức khỏe của mình. Chúng tôi có thể gửi tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ khác hoặc định dạng thay thế nếu quý vị yêu cầu theo cách này. Đây được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ lưu lại lựa chọn của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu:

  - Quý vị muốn lấy tài liệu của mình bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khmer), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Farsi, tiếng Hmong, Tiếng Hàn, Tiếng Nga, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Tagalog, tiếng Việt hoặc định dạng thay thế. Quý vị có thể yêu cầu một trong các ngôn ngữ này ở định dạng thay thế.
  - Quý vị muốn thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng mà chúng tôi gửi tài liệu cho quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp để tìm hiểu về tài liệu chương trình, vui lòng liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của Wellcare by Health Net theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi cho chúng tôi 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1- 877-486-2048.
- Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711.
- Phòng Dân Quyền, Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1- 800-537-7697.

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera culturalmente competente y accesible. Además, debemos informarle acerca de los beneficios de nuestro plan y de sus derechos de manera tal que usted pueda comprender. Debemos informarle acerca de sus derechos cada año que usted permanezca en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, comuníquese con Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas que no sean inglés, incluidos árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, hmong, coreano, ruso, español, tagalo, vietnamita y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a la siguiente dirección:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net desea asegurarse de que entiende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otro idioma o en un formato alternativo si así lo solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

  - Si desea conseguir sus materiales en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, hmong, coreano, ruso, español, tagalo, vietnamita o en un formato alternativo. Puede solicitar uno de estos idiomas en un formato alternativo.
  - Si desea cambiar el idioma o el formato en que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para comprender los materiales de su plan, comuníquese con Servicios para Miembros de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Si tiene problemas para obtener información acerca de nuestro plan debido a problemas de lenguaje o una discapacidad y desea presentar un reclamo, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- La Office for Civil Rights de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- La Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Peb yuav tsum ua kom paub tseeb tias koj tau txais **tag nrho** cov kev pab cuam hauv tus yam ntxwv uas muaj lub peev xwm fab kab lij kev cai thiab tuaj yeem nkag cuag tau. Tsis tas li ntawd, peb yuav tsum tau qhia rau koj paub txog peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm cov txiaj ntsig kev pab thiab koj cov kev muaj cai hauv txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab tau. Peb yuav tsum qhia rau koj paub hais txog koj cov kev muaj cai hauv txhua xyoo uas koj tseem nyob hauv peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm.

- Txhawm rau kom tau txais ntaub ntawv qhia paub ntxiv hauv txoj hauv kev uas koj nkag siab tau, hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab. Peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm muaj cov kev pab cuam muab kws pab txhais lus pub dawb los teb cov nqe lus nug ua lwm hom lus.
- Peb txoj phiaj xwm kuj tuaj yeem muab cov ntaub ntawv tau rau koj| ua lwm hom lus uas tsis yog Lus Askiv suav nrog Lus Arabic, Lus Armenian, Lus Cas Pus Cia, Lus Suav (niam ntawv suav), Lus Farsi, Lus Hmoob, Lus Kaus Lim, Lus Lav Xias, Lus Mev, Lus Tagalog, Lus Nyab Laj thiab ua hom ntawv xws li ntawv luam loj, ntawv su rau neeg dig muag, los sis ua suab lus. Txhawm rau kom tau ib hom ntaub ntawv ntawm lwm cov hom ntawv no, thov hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tus Tswv Cuab tau los sis sau ntawv mus rau:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net xav ua kom paub tseeb tias koj nkag siab cov ntaub ntawv qhia paub ntawm koj txoj phiaj xwm tuav pov hwm kev noj qab haus huv. Peb tuaj yeem xa cov ntaub ntawv tuaj rau koj ua lwm hom lus los sis lwm hom ntaub ntawv tau yog tias koj thov kom muab li ntawd. Qhov no hu ua “kev thov tas mus li.” Peb yuav teev tseg koj txoj kev xaiv cia. Thov hu rau peb yog tias:

  - Koj xav tau koj cov ntaub ntawv ua Lus Arabic, Lus Armenia, Lus Kas Pus Cias (Khmer), Lus Suav (cov ntawv sau li thaum ub), Lus Farsi, Lus Hmoob, Lus Lav Xias, Lus Mev, Lus Tagalog, Lus Nyab Laj los sis ua lwm hom ntaub ntawv. Koj tuaj yeem thov tau ib hom ntawm cov hom lus no hauv lwm hom ntaub ntawv.
  - Koj tuaj yeem hloov hom lus los sis hom ntaub ntawv uas peb xa cov ntaub ntawv no tuaj rau koj.

Yog tias koj xav tau kev pab kom nkag siab txog cov ntaub ntawv hais txog koj txoj phiaj xwm tuav pov hwm, thov tiv tauj rau Wellcare by Health Net Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tus Tswv Cuab tau ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711). Nyob rau hauv Lub Kaum Hlis Ntuj Tim 1 thiab Lub Peb Hlis Ntuj Tim 31, cov neeg sawv cev yuav khoom nyob huav Hnub Monday-Hnub Sunday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Nyob rau Lub Plaub Hlis Ntuj Tim 1 thiab Lub Cuaj Hlis Ntuj Tim 30, cov neeg sawv cev yuav khoom hauv Hnub Monday-Hnub Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj.

Yog tias koj muaj teeb meem txog kev tau txais cov ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm vim muaj teeb meem txog hom lus los sis kev xiam oob qhab thiab koj xav xa daim ntawv kev tsis txaus siab, hu rau:

- Medicare ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Koj tuaj yeem hu tau 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub lim tiam. TTY cov neeg siv yuav tsum hu rau 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Lub Chaw Hauj Lwm Saib Xyuas Kev Muaj Cai Ntawm Pej Xeem tau ntawm 916-440-7370. TTY cov neeg siv yuav tsum hu rau 711
- Teb Chaws Meskas Lub Thawj Fab Saib Xyuas Hauj Lwm Kev Pab Cuam Kev Noj Qab Haus Huv thiab Tib Neeg, Office for Civil Rights tau ntawm 1-800-368-1019. TTY cov neeg siv yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

---

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo ay ibinibigay sa inyo sa isang kultural na naaangkop at accessible na paraan. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang inyong mauunawaan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Ang aming plano ay maaari ring magbigay sa inyo ng mga materyal sa mga wika maliban sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga traditional character), Farsi, Hmong, Korean, Russian, Espanyol, Tagalog, Vietnamese at sa mga format gaya ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

Gustong tiyakin ng Wellcare by Health Net na nauunawaan ninyo ang impormasyon ng inyong planong pangkalusugan. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika o alternatibong format

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

kung hihilingin ninyo ito sa ganitong paraan. Tinatawag itong “standing request.” Itatala namin ang inyong pinili. Pakitawagan kami kung:

- Gusto ninyong makuha ang inyong mga materyal sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga tradisyonal na character), Farsi, Hmong, Korean, Russian, Espanyol, Tagalog, Vietnamese o sa isang alternatibong format. Maaari ninyong hilingin ang isa sa mga wikang ito sa isang alternatibong format.
- Gusto ninyong baguhin ang wika o format na ipinadala namin sa inyong mga materyal.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa sa mga materyal ng inyong plano, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.

## B. Наша обязанность обеспечить вам своевременный доступ к покрываемым услугам и лекарствам

Если вам не удается своевременно записаться на прием для получения покрываемых услуг, при этом ваш врач считает, что ваше состояние не позволяет больше ждать, вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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. и они могут помочь вам. Если вы не можете получить услуги в разумно обоснованный срок, мы должны оплатить обслуживание за пределами сети плана.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Как участник нашего плана страхования вы имеете определенные права.

- Вы имеете право выбрать поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) из числа сотрудничающих с нашим планом. Сотрудничающий с планом или сетевой поставщик услуг — это поставщик услуг, работающий с нами. Дополнительную информацию о типах поставщиков услуг, которые могут выступать в роли поставщиков первичного медицинского обслуживания (PCP), а также о способах их выбора см. в **разделе D главы 3** *Справочника участника плана*.
  - Позвоните в отдел обслуживания участников плана или изучите *Каталог поставщиков услуг и аптек*, чтобы узнать больше о сетевых поставщиках услуг и о том, какие врачи принимают новых пациентов.
- Вы имеете право обращаться к гинекологу без направления. Направление — это одобрение от вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), необходимое, чтобы обратиться к поставщику услуг, не являющемуся вашим PCP.
- Вы имеете право в разумно обоснованные сроки получать все покрываемые планом услуги у поставщиков нашей сети.
  - Это включает своевременное получение услуг врачей узкой специализации.
  - Если вы не можете получить услуги в разумные сроки, мы должны оплатить услуги, полученные у не сотрудничающих с планом поставщиков услуг.
- Вы имеете право без предварительного разрешения (PA) получать экстренную и неотложную медицинскую помощь.
- Вы имеете право на получение выписанных вам рецептурных лекарственных препаратов в любой из аптек нашей сети без длительных задержек.
- Вы имеете право знать, когда вы можете обращаться к внесетевому поставщику услуг. Подробнее о внесетевых поставщиках услуг см. в **разделе D4 главы 3** *Справочника участника плана*.
- При вступлении в наш план страхования вы имеете право продолжать обращаться к своим текущим поставщикам услуг и пользоваться прежними разрешениями на получение услуг в течение 12 месяцев; при этом должны быть соблюдены определенные условия. Подробнее о дальнейшем использовании своих поставщиков услуг и прежних разрешений на получение услуг см. в **разделе F главы 1** *Справочника участника плана*.
- Вы имеете право принимать самостоятельные решения касательно медицинского обслуживания при участии вашей группы медицинского обслуживания и координатора медицинского обслуживания.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

В **разделе E главы 9** *Справочника участника плана* рассказывается о доступных вам действиях, если вы считаете, что не получаете услуги или лекарства в разумные сроки. Здесь также рассказывается о доступных вам действиях, если мы отказались покрывать необходимые вам услуг или лекарства, но вы не согласны с нашим решением.

## C. Наша обязанность защищать вашу личную информацию о здоровье (PHI)

Мы защищаем вашу личную информацию о здоровье (PHI) в соответствии с требованиями федерального законодательства и законов штата.

Ваша личная информация о здоровье (PHI) включает информацию, которую вы предоставили нам при вступлении в наш план страхования. Кроме того, в нее входят данные из вашей медицинской документации и прочая медицинская информация.

У вас есть права, связанные с вашей информацией и контролем над тем, как используется ваша личная информация о здоровье (PHI). Мы направляем вам письменное уведомление, в котором разъясняются эти права, а также объясняется, как мы обеспечиваем конфиденциальность вашей личной информации о здоровье (PHI). Это уведомление называется «Уведомление о политике конфиденциальности».

Участники плана, которые могут дать согласие на получение медицинской помощи по деликатным вопросам, не обязаны получать разрешение какого-либо другого участника плана на получение такой помощи или подавать заявку на получение такой помощи. План Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) будет направлять сообщения, касающиеся медицинской помощи по деликатным вопросам, на альтернативный указанный участником почтовый адрес, адрес электронной почты или номер телефона, а при отсутствии такой альтернативы — на имя участника по имеющемуся в личном деле адресу или номеру телефона. План Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) не будет раскрывать медицинскую информацию, связанную с медицинской помощью по деликатным вопросам, никакому другому участнику плана без письменного разрешения участника, получающего такую помощь. План Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) будет удовлетворять запросы на конфиденциальную коммуникацию в запрашиваемых форме и формате, если реализация коммуникации в запрашиваемых форме и формате легко осуществима, либо в альтернативных местах. Запрос участника плана на конфиденциальную коммуникацию в связи с медицинской помощью по деликатным вопросам будет действовать до тех пор, пока участник плана не отзовет его или не подаст новый запрос на конфиденциальную коммуникацию.

Участник плана может направить запрос на конфиденциальную коммуникацию с планом медицинского страхования в письменном виде или по электронной почте. Запрос на конфиденциальную коммуникацию должен быть реализован страховой компанией в течение семи

(7) календарных дней с момента получения электронного сообщения или телефонного запроса либо в течение 14 календарных дней с момента получения запроса в письменном виде по почте первого класса.

## C1. Как мы защищаем вашу личную информацию о здоровье (PHI)

Мы принимаем меры, чтобы предотвратить несанкционированный доступ к вашим документам и записям.

За исключением случаев, указанных ниже, мы не передаем вашу личную информацию о здоровье (PHI) никому кроме лиц, предоставляющих вам услуги или оплачивающих их. Если нам необходимо это сделать, мы должны вначале получить ваше письменное разрешение. Дать письменное разрешение можете вы или лицо, имеющее законное право принимать решения за вас.

В некоторых случаях нам не нужно получать ваше письменное разрешение. Эти исключения разрешены или требуются по закону:

- Мы обязаны раскрывать личную информацию о здоровье (PHI) государственным учреждениям, которые проверяют качество обслуживания нашего плана страхования.
- Мы можем раскрывать PHI, если это предписано судом, но только если это разрешено законодательством штата California.
- Мы обязаны предоставлять вашу личную информацию о здоровье (PHI) программе Medicare. Если программа Medicare раскрывает вашу личную информацию о здоровье (PHI) в целях исследования или в других целях, это делается в соответствии с федеральным законодательством. Если мы предоставляем вашу информацию программе Medi-Cal, это также делается в соответствии с федеральным законодательством и законами штата.

## C2. Ваше право ознакомиться со своими медицинскими документами

- У вас есть право ознакомиться с имеющими к вам отношение медицинскими записями и получить их копию.
- Вы имеете право попросить нас обновить или исправить имеющие к вам отношение медицинские записи. Если вы просите нас это сделать, мы совместно с вашим поставщиком медицинских услуг решим, требуется ли вносить в документы изменения.
- Вы имеете право знать, предоставляем ли мы вашу личную информацию о здоровье (PHI) третьей стороне и каким образом это делается.

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

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

## D. Наша обязанность предоставлять вам информацию

Как участник нашего плана вы имеете право получать от нас информацию о нашем плане, сетевых поставщиках услуг, ваших правах и обязанностях участника, а также о покрываемых услугах.

Если у вас возникли вопросы о нашем плане страхования, при этом вы не говорите на английском языке, вам доступны услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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. Эта услуга предоставляется бесплатно. Мы также можем предоставить вам информацию крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи. Кроме того, вы можете бесплатно получить настоящий справочник в переводе на один из следующих языков:

- Арабский
- Армянский
- Камбоджийский
- Китайский
- Фарси
- Хмонг
- Корейский
- русский
- Испанский
- Тагальский
- Вьетнамский

Если вам нужна информация по любому из следующих вопросов, позвоните в отдел обслуживания участников плана:

- Как выбрать или сменить план страхования
- Наш план страхования, в том числе:
  - финансовая информация;
  - как участники плана оценивают нашу работу;

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

  - число апелляций, поданных участниками плана;
  - как выйти из нашего плана;
- Наши сетевые поставщики услуг и аптеки, в том числе:
  - как выбрать или сменить поставщика первичного медицинского обслуживания;
  - квалификации наших сетевых поставщиков услуг и аптек;
  - как мы платим нашим сетевым поставщикам услуг;
- Покрываемые услуги и лекарственные препараты, в том числе:
  - покрываемые нашим планом услуги (см. **главу 3** и **главу 4** *Справочника участника плана*) и лекарственные препараты (см. **главу 5** и **главу 6** *Справочника участника плана*)
  - ограничения в отношении страхового покрытия и лекарственных препаратов;
  - правила, которые необходимо соблюдать для получения покрываемых услуг и лекарственных препаратов.
- Причины, по которым что-либо не покрывается, и доступные вам в связи с этим действия (см. **раздел D главы 9** *Справочника участника плана*), в том числе подача нам запроса с целью:
  - получить письменное разъяснение причин, по которым что-либо не покрывается;
  - изменить принятое нами решение;
  - оплатить выставленный вам счет.

## E. Невозможность для сетевых поставщиков услуг выставлять вам счета напрямую

Врачи, больницы и другие поставщики услуг, сотрудничающие с нашим планом, не могут взыскивать с вас плату за покрываемые услуги. Они также не могут выставлять счет на остаток суммы или взимать с вас плату, если мы платим меньше, чем запрашивает поставщик услуг. О порядке действий в случае, если сетевой поставщик услуг пытается взыскать с вас плату за покрываемые услуги, см. в **разделе A главы 7** *Справочника участника плана*.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

## F. Ваше право выйти из нашего плана страхования

Никто не может заставить вас оставаться в нашем плане, если вы этого не хотите.

- Вы имеете право получать большую часть медицинских услуг через программу Original Medicare или другой план Medicare Advantage (MA).
- Вы можете получать страховое покрытие рецептурных препаратов в рамках Medicare Part D через план с покрытием рецептурных препаратов или другой план MA.
- См. **раздел C главы 10** *Справочника участника плана*:
  - Для получения дополнительной информации о том, когда вы можете вступить в новый план MA или план с покрытием рецептурных препаратов.
  - Для получения информации о том, как вы будете получать услуги по программе Medi-Cal в случае выхода из нашего плана страхования.

## G. Ваше право принимать решения о вашем медицинском обслуживании

Вы имеете право получать полную информацию от своих врачей и других поставщиков медицинских услуг, которая поможет вам принимать решения относительно вашего медицинского обслуживания.

### G1. Ваше право знать доступные вам варианты лечения и принимать решения

Ваши поставщики услуг обязаны предоставлять вам информацию о вашем состоянии и вариантах лечения в понятной для вас форме. Вы имеете право:

- **Право быть осведомленным о вариантах лечения.** Вы имеете право получать информацию обо всех вариантах лечения.
- **Право быть осведомленным о рисках.** У вас есть право получить информацию обо всех имеющихся рисках. Мы должны заранее сообщить вам, если какая-либо услуга или лечение являются частью клинического исследования. У вас есть право отказаться от экспериментального лечения.
- **Получить независимое заключение другого специалиста.** Вы имеете право обратиться к другому врачу, прежде чем соглашаться на предложенное лечение.
- **Отказаться.** Вы имеете право отказаться от любого лечения. Сюда относится право покидать больницу или другое медицинское учреждение, даже если ваш врач советует этого не делать. Вы имеете право прекратить прием назначенного вам лекарства. Если вы

отказываетесь от лечения или прекращаете прием назначенного вам лекарства, это никак не повлияет на ваше участие в нашем плане. Однако если вы откажетесь от лечения или прекратите прием лекарственного препарата, вся ответственность за последствия этого решения будет лежать на вас.

- **Просить нас объяснить причину отказа поставщика услуг предоставить обслуживание.** Вы имеете право получить от нас объяснение причин, по которым поставщик услуг отказался предоставить обслуживание, которые вы, по вашему мнению, должны получить.
- **Просить нас покрыть услугу или лекарство, в покрытии которых вам было отказано либо которые обычно не покрываются.** Это называется решением о страховом покрытии. Подробнее о порядке запроса решения о страховом покрытии см. в **разделе E главы 9** *Справочника участника плана*.

## G2. Ваше право определить план действий на случай, если вы будете не в состоянии самостоятельно принимать решения о медицинском обслуживании

Иногда люди не могут принимать решения в отношении своего лечения самостоятельно. Прежде чем это произойдет с вами, вы можете:

- Заполните письменную форму, **дающую другому лицу право принимать решения относительно медицинского обслуживания за вас.**
- **Дайте врачам письменные указания** в отношении вашего медицинского обслуживания на случай, если вы утрачиваете способность принимать решения самостоятельно, включая **отказ** от какого-то вида медицинской помощи.

Юридический документ, который вы используете для передачи ваших указаний, называется «предварительное распоряжение». Предварительные распоряжения бывают различных типов и называются по-разному. Например, распоряжение о поддержании жизни (living will) или доверенность на принятие решений о лечении (power of attorney for health care).

Вы не обязаны составлять предварительное распоряжение, но вы можете это сделать. Порядок действий для составления предварительного распоряжения:

- **Получите соответствующую форму.** Вы можете получить форму у врача, юриста, социального работника или в агентстве юридических услуг. Зачастую формы имеются в наличии в аптеках и приемных поставщиков услуг. Вы можете найти и бесплатно загрузить форму онлайн.

- **Заполните и подпишите форму.** Данная форма является юридическим документом. Рекомендуем обратиться за помощью с заполнением формы к юристу или человеку, которому вы доверяете, например, к члену семьи или поставщику первичного медицинского обслуживания (PCP).
- **Предоставьте экземпляры формы людям, которые должны о ней знать.** Предоставьте экземпляр формы своему врачу. Кроме того, предоставьте экземпляр человеку, которого вы уполномочили этим документом принимать решения за вас. Возможно, вы захотите предоставить несколько экземпляров близким друзьям или родственникам. Сохраните один экземпляр у себя дома.
- Если вас госпитализируют и если вы уже подписали предварительное распоряжение, **возьмите экземпляр этого документа с собой в больницу.**
  - В больнице вас спросят, подписали ли вы форму предварительного распоряжения и есть ли она у вас с собой.
  - Если вы еще не подписывали форму предварительного распоряжения, в больнице вам предложат при желании заполнить и подписать такую форму.

Вы имеете право:

- Добавить свое предварительное распоряжение в медицинскую документацию.
- В любое время внести изменения в свое предварительное распоряжение или отменить его.
- Знать об изменениях в законодательстве о предварительных распоряжениях. План Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) сообщит вам об изменениях в законодательстве штата не позднее чем через 90 дней после внесения изменений.

Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы получить дополнительную информацию.

## G3. Что делать, если ваши указания не были выполнены

Если вы подписали предварительное распоряжение и считаете, что врач или больница не выполняли данные вами указания, вы можете подать жалобу в местное Управление по гражданским правам.

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health & Human Services

90 7th Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

Вы можете позвонить в Управление по гражданским правам по номеру 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

## H. Ваше право подавать жалобы и просить нас пересмотреть наши решения

В **разделе D главы 9** *Справочника участника плана* рассказывается о доступных вам действиях на случай, если у вас возникли проблемы или вопросы относительно покрываемых услуг или обслуживания. Например, вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии, подать апелляцию с требованием изменить решение о страховом покрытии или подать жалобу.

Вы имеете право получать информацию об апелляциях и жалобах, поданных нам другими участниками плана. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы получить такую информацию.

### H1. Что делать в случае несправедливого отношения и как получить дополнительную информацию о ваших правах

Если вы считаете, что мы обращались с вами несправедливо, и это **не** связано с дискриминацией по причинам, приведенным в **главе 11** *Справочника участника плана*, либо если вам необходима дополнительная информация о ваших правах, вы можете позвонить в следующие организации:

- Отдел обслуживания участников плана.
- Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) в штате California по номеру 1-800-434-0222 (TTY: 711). Подробнее о HICAP см. в **разделе C главы 2**.
- Программа омбудсменов по номеру 1-888-452-8609. Подробнее об этой программе см. в **разделе I главы 2** *Справочника участника плана*.
- Программа Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. (Вы также можете прочитать или загрузить документ «Medicare Rights & Protections» на веб-сайте Medicare: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and- Protections.pdf)

## I. Ваши обязанности как участника плана

Как участник плана вы обязаны соблюдать перечисленные ниже правила. Если у вас возникли какие-то вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана.

- **Изучите *Справочник участника плана***, чтобы ознакомиться с объемом покрытия от нашего плана страхования и правилами, соблюдение которых необходимо для получения покрываемых услуг и лекарственных препаратов. Подробнее о доступных вам:

- Покрываемых услугах см. в **главе 3 и главе 4** *Справочника участника плана*. В этих главах рассказывается о покрываемых и непокрываемых услугах, о правилах, которым нужно следовать, и расходах, которые вы должны оплачивать.
- Покрываемых лекарственных препаратах см. в **главе 5 и главе 6** *Справочника участника плана*.

- **Сообщайте нам о любых других имеющихся у вас медицинских страховках и страховом покрытии рецептурных препаратов**. Мы должны быть уверены, что при получении медицинского обслуживания вы используете все доступные вам варианты страхового покрытия. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, если у вас есть другая страховка.
- **Сообщайте своему врачу и другим поставщикам медицинских услуг** об участии в нашем плане страхования. Предъявляйте свою ID-карту участника плана, когда получаете услуги или лекарства.
- **Помогайте своим врачам** и другим поставщикам медицинских услуг оказывать вам наилучшую медицинскую помощь.
  - Сообщайте им все необходимые сведения о себе и своем здоровье. Узнавайте как можно больше о своих проблемах со здоровьем. Соблюдайте план лечения и выполняйте указания, согласованные с вашим поставщиком.
  - Сообщайте своим врачам и другим поставщикам услуг обо всех лекарствах, которые вы принимаете. включая рецептурные препараты, безрецептурные препараты, витамины и пищевые добавки.
  - Задавайте все возникающие у вас вопросы. Вы несете ответственность за то, чтобы вникать в суть своих медицинских проблем и устанавливать цели лечения совместно со своим врачом. Ваши врачи и другие поставщики услуг должны давать вам понятные ответы и объяснения. Если вы не понимаете ответ на вопрос, задайте вопрос еще раз.
- **Сотрудничайте со своим координатором медицинского обслуживания**, включая заполнение анкеты в рамках ежегодной оценки состояния здоровья.
- **Проявляйте такт и внимание по отношению к другим.** Мы ожидаем, что все участники плана будут уважать права других людей. Мы также ожидаем, что вы будете вести себя достойно в приемной своего врача, в больнице и в приемных других поставщиков услуг.
- **Платите то, что вы должны.** Как участник плана, вы несете ответственность за совершение описанных ниже платежей:

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Страховые взносы по программам Medicare Part A и Medicare Part B. Для большинства участников плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) программа Medi-Cal оплачивает страховые взносы по программам Medicare Part A и Medicare Part B.
- **Если вы получаете какие-либо услуги или лекарства, которые не покрываются нашим планом, вы должны оплатить их полную стоимость. (Примечание.** Если вы не согласны с нашим решением не покрывать услугу или лекарство, вы можете подать апелляцию. Дополнительную информацию о подаче апелляции см. в **разделе E2 главы 9**)

- **Проинформировать нас в случае переезда.** Если вы планируете переезд, сообщите нам об этом как можно скорее. Позвоните в отдел обслуживания участников.
  - **Если вы переезжаете за пределы нашей зоны обслуживания, вы не можете продолжать быть участником нашего плана.** Участниками этого плана страхования могут быть только лица, проживающие в нашей зоне обслуживания. Подробнее о нашей зоне обслуживания см. в **разделе D главы 1** *Справочника участника плана*.
  - Мы готовы помочь вам выяснить, находится ли ваше новое место жительства за пределами нашей зоны обслуживания. Во время особого периода регистрации вы можете перейти в программу Original Medicare или вступить в план медицинского страхования либо в план с покрытием рецептурных препаратов Medicare по новому месту жительства. Мы можем сообщить вам, предлагаем ли мы какой-либо план страхования по вашему новому месту жительства.
  - При переезде сообщайте о своем новом адресе программам Medicare и Medi-Cal. Номера телефонов программ Medicare и Medi-Cal см. в **разделе G и разделе H главы 2** *Справочника участника плана*.
  - **Если вы переезжаете и при этом остаетесь в пределах нашей зоны обслуживания, все равно сообщите нам о переезде.** Мы должны регулярно обновлять информацию об участнике и знать, как с вами связаться.
- **Сообщайте нам, если у вас появился новый номер телефона** или лучший способ связаться с вами.
- **Если у вас возникли вопросы, или вас что-то беспокоит, обратитесь за помощью в отдел обслуживания участников плана.**

## J. 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 либо предложения по улучшению нашей политики в отношении прав участников, сообщите их нам, обратившись в отдел обслуживания участников плана.

## K. 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 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)).

# Глава 9. Что делать, если возникла проблема или жалоба (решения, обращения и жалобы в связи со страховым покрытием)

## Введение

В этой главе содержится информация о ваших правах. Ознакомившись с данной главой, вы узнаете, что делать, если:

- У вас возникла проблема или жалоба в отношении вашего плана страхования.
- Вам требуется услуга, товар или лекарство, которые ваш план отказывается оплачивать.
- Вы не согласны с решением, принятым вашим планом в отношении вашего обслуживания.
- Вы считаете, что страховое покрытие ваших услуг заканчивается слишком скоро.
- У вас возникла проблема или жалоба в отношении длительного обслуживания и поддержки, включая услуги для взрослых пациентов по месту жительства (CBAS) и услуги учреждения сестринского ухода (NF).

Для упрощения поиска нужной информации эта глава разбита на разделы. **При наличии проблемы или вопроса ознакомьтесь с теми разделами данной главы, которые относятся к вашей ситуации.**

Вы должны получать медицинское обслуживание, лекарства, а также длительное обслуживание и поддержку, которые ваш врач и другие поставщики услуг считают необходимым элементом вашего плана медицинского обслуживания. **Если у вас возникла проблема с медицинским обслуживанием, вы можете обратиться за помощью в программу омбудсменов Medicare Medi-Cal, позвонив по номеру 1-855-501-3077.**Варианты действий в случае различных проблем и жалоб разъясняются в этой главе, но вы также всегда можете позвонить в программу омбудсменов и попросить помощи в решении проблемы. Дополнительные ресурсы для решения ваших вопросов и способы связи с ними перечислены в **разделе I главы 2** *Справочника участника плана*.

## Содержание

A. Порядок действий при наличии проблемы или вопроса ... 242
A1. Юридическая терминология ... 242
B. Где получить помощь ... 242
B1. Для получения дополнительной информации и помощи ... 242
C. Понимание разницы при подаче жалоб и апелляций по программам Medicare и MediCal через наш план ... 244
D. Проблемы, связанные со страховым покрытием ... 245
E. Решения о страховом покрытии и апелляции ... 245
E1. Решения о страховом покрытии ... 245
E2. Апелляции ... 246
E3. Помощь в отношении решений о страховом покрытии и апелляций ... 247
E4. Какой раздел данной главы может вам помочь ... 248
F. Медицинское обслуживание ... 248
F1. Использование этого раздела ... 249
F2. Обращение с просьбой принять решение о страховом покрытии ... 250
F3. Подача апелляции 1-го уровня ... 252
F4. Подача апелляции 2-го уровня ... 256
F5. Проблемы с оплатой ... 264
G. Рецептурные лекарственные препараты по программе Medicare Part D ... 265
G1. Решения о страховом покрытии по программе Medicare Part D и апелляции ... 266
G2. Исключения Medicare Part D ... 267
G3. Что важно знать о запросах на исключение ... 268
G4. Запрос на решение о страховом покрытии, включая запрос на исключение ... 269
G5. Подача апелляции 1-го уровня ... 272
G6. Подача апелляции 2-го уровня ... 274
H. Обращение с просьбой покрыть продленное пребывание в больнице ... 277
H1. Информация о ваших правах как участника программы Medicare ... 277
H2. Подача апелляции 1-го уровня ... 279
H3. Подача апелляции 2-го уровня ... 281
I. Запрос на продолжение покрытия определенных медицинских услуг ... 282
I1. Предварительное уведомление до окончания вашего покрытия ... 283
I2. Подача апелляции 1-го уровня ... 283
I3. Подача апелляции 2-го уровня ... 285

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

J. Продолжение апелляционного процесса после уровня 2 ..... 286
J1. Что можно предпринять дальше, когда речь идет об услугах и товарах, покрываемых по программе Medicare ..... 286
J2. Дополнительные уровни подачи апелляции Medi-Cal ..... 288
J3. 3-й, 4-й и 5-й уровни апелляции по поводу запросов на лекарства по программе Medicare Part D ..... 288
K. Процедура подачи жалобы ..... 290
K1. В случае каких проблем нужно подавать жалобы ..... 290
K2. Внутренние жалобы ..... 292
K3. Жалобы в другие организации ..... 294

# A. Порядок действий при наличии проблемы или вопроса

В этой главе объясняются способы урегулирования проблем и вопросов. Порядок действий зависит от типа проблемы. Один порядок действий используется для **запроса решений о страховом покрытии и подачи апелляций**, а другой — для **подачи жалоб**, которые также называют претензиями.

Для обеспечения объективности и своевременного рассмотрения для каждого из эти порядков действий предусмотрен ряд правил, процедур и сроков, которые являются обязательными и для нас, и для вас.

## A1. Юридическая терминология

В этой главе упоминаются юридические термины для некоторых правил и сроков. Многие из этих терминов сложны для понимания, поэтому мы стараемся их избегать и используем по возможности более простой язык. Мы также постарались сократить использование сокращений.

Например, мы используем следующие фразы:

- «Подача жалобы» вместо фразы «обращение с претензией»
- «Решение о страховом покрытии» вместо фраз «заключение организации», «заключение в отношении услуги», «заключение об отнесении в группу риска» или «заключение о страховом покрытии»
- «Срочное решение о страховом покрытии» вместо фразы «ускоренное заключение»
- «Независимая экспертная организация» (IRO) вместо фразы «независимый экспертный субъект» (IRE)

Знание точных юридических терминов может помочь вам лучше объяснить ситуацию, поэтому мы указываем и их.

# B. Где получить помощь

## B1. Для получения дополнительной информации и помощи

Иногда бывает сложно разобраться, с чего начать или что делать, чтобы решить проблему. Это тем более так, если человек болен или ослаблен. В других случаях вам может не хватать информации для того, чтобы предпринять следующее действие.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

**Помощь от Программы консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов**

Вы можете позвонить в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP). Работающие в программе HICAP консультанты ответят на ваши вопросы и помогут понять, как справиться с возникшими затруднениями. Программа HICAP никак не связана ни с нами, ни с какой-либо другой страховой компанией или планом медицинского страхования. Обученные консультанты программы HICAP имеются в каждом округе, и услуги предоставляются бесплатно. Номер телефона программы HICAP: 1-800-434-0222.

**Помощь от программы омбудсменов Medicare Medi-Cal**

Вы можете позвонить в программу омбудсменов Medicare Medi-Cal и обсудить с защитником ваших интересов вопросы о вашем страховом покрытии. Программа предоставляет бесплатную юридическую помощь. Программа омбудсменов никак не связана ни с нами, ни с какой-либо другой страховой компанией или планом медицинского страхования. Номер телефона программы: 1-855-501-3077; веб-сайт: www.healthconsumer.org

**Помощь и информация от программы Medicare**

Для получения дополнительной информации и помощи вы можете обратиться в Medicare. Вы можете получить помощь от специалистов программы Medicare двумя способами:

- Позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); линия работает 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Посетите веб-сайт Medicare (www.medicare.gov).

**Помощь и информация от программы Medi-Cal**

**Помощь от Департамента здравоохранения штата California**
Вам может помочь омбудсмен в рамках программы Medi-Cal Managed Care Департамента здравоохранения (DHCS) штата California. Вам могут оказать помощь при возникновении проблем со вступлением в план страхования, его сменой или выходом из него. Вам также помогут в случае вашего переезда, если у вас возникли затруднения при переходе в план Medi-Cal в вашем новом округе. Вы можете позвонить омбудсмену с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. по номеру 1-888-452-8609.

**Помощь от Департамента управляемого медицинского обслуживания штата California**

Обратитесь в Департамент управляемого медицинского обслуживания (DMHC) штата California для получения бесплатной помощи. Департамент DMHC регулирует работу планов медицинского страхования. Департамент DMHC помогает подавать апелляции по поводу услуг в рамках Medi-Cal или в случае проблем со счетами. Номер телефона: **1-888-466-2219**. Лица с глухотой, нарушениями

слуха или речи могут использовать бесплатный номер TDD: **1-877-688-9891.** Вы также можете посетить веб-сайт департамента DMHC по адресу **www.dmhc.ca.gov**.

Департамент управления медицинским обслуживанием штата Калифорния отвечает за регулирование планов медицинского обслуживания. Если у вас есть претензия к вашему плану медицинского страхования, сначала позвоните в план по номеру **1-800-431-9007 (TTY: 711)** и воспользуйтесь процедурой подачи претензий, предусмотренной вашим планом страхования, прежде чем обращаться в департамент. Использование данной процедуры рассмотрения жалоб не ограничивает любые потенциальные юридические права или средства защиты, которые могут быть доступны для Вас. Если Вам нужна помощь в рассмотрении жалобы, связанной с чрезвычайной ситуацией, жалобы, которая не была удовлетворительно разрешена Вашим медицинским страховым планом, или жалобы, которая остается неразрешенной более 30 дней, Вы можете обратиться за помощью в Департамент. Возможно, Вы также имеете право на независимую медицинскую экспертизу (IMR). Если Вы имеете право на IMR, этот процесс обеспечит беспристрастное рассмотрение медицинских решений, принятых планом медицинского страхования, касающихся медицинской необходимости предлагаемой услуги или лечения, решений о покрытии расходов на лечение, которое является экспериментальным или научно-исследовательским, а также споров об оплате услуг неотложной или срочной медицинской помощи. У Департамента также есть бесплатный телефонный номер (**1-888-466-2219**) и линия TDD **(1-877-688-9891**) для людей с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте Департамента **www.dmhc.ca.gov** размещены формы жалоб, формы заявлений на проведение IMR и инструкции.

## C. Понимание разницы при подаче жалоб и апелляций по программам Medicare и MediCal через наш план

Вы участвуете в программах Medicare и Medi-Cal. Информация в этой главе относится ко **всем** покрываемым услугам в рамках управляемого медицинского обслуживания по программам Medicare и Medi-Cal. Иногда такой подход называют «интегрированным», поскольку он объединяет, т. е. интегрирует процессы Medicare и Medi-Cal.

В некоторых случаях процессы Medicare и Medi-Cal не могут быть объединены. В таких ситуациях для получения страхового покрытия по программе Medicare используется один порядок действий, а по программе Medi-Cal — другой. В **разделе F4** описываются такие ситуации.

## D. Проблемы, связанные со страховым покрытием

При наличии проблемы или вопроса ознакомьтесь с теми разделами данной главы, которые относятся к вашей ситуации. Таблица ниже поможет вам найти нужный вам раздел этой главы, посвященный вашей проблеме или жалобе.

| **Ваша проблема связана со страховым покрытием или выплатами?**<br><br>Сюда относятся проблемы, связанные с тем, покрывается ли определенное медицинское обслуживание (медицинские товары, услуги и/или рецептурные препараты по части B), каким образом оно покрывается, а также проблемы с оплатой медицинского обслуживания. | |
|---|---|
| **Да.**<br>Моя проблема касается льгот или страхового покрытия.<br><br>См. **раздел E** «Решения о страховом покрытии и апелляции». | **Нет.**<br>Моя проблема не касается льгот или страхового покрытия.<br><br>См. **раздел K** «Процедура подачи жалобы». |

## E. Решения о страховом покрытии и апелляции

Порядок действий при запросе решения о страховом покрытии и подаче апелляции используется в случае возникновения проблем, связанных с покрываемыми услугами и страховым покрытием вашего медицинского обслуживания (услуги, товары и рецептурные препараты по части B, в том числе их оплата). Для простоты понимания мы обычно называем медицинские товары, услуги и рецептурные препараты по части B **медицинским обслуживанием**.

### E1. Решения о страховом покрытии

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 лекарства. Например, сотрудничающий с вашим планом врач принимает решение о страховом покрытии (в вашу пользу) каждый раз, когда предоставляет вам медицинское обслуживание (см. **раздел C главы 7** *Справочника участника плана*).

Вы или ваш врач также можете связаться с нами и запросить решение о страховом покрытии. Вы или ваш врач можете быть не уверены, покрываем ли мы конкретную медицинскую услугу или

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

можем ли отказаться предоставить медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, вам необходимо. **Если вы хотите узнать, будем ли мы покрывать медицинскую услугу, прежде чем вы ее получите, вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии.**

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 решить, что услуга или лекарственный препарат не покрывается или больше не покрывается для вас в рамках Medicare или Medi-Cal. Если вы не согласны с таким решением о предоставлении страхового покрытия, у вас есть возможность его обжаловать.

## E2. Апелляции

Если мы приняли решение о предоставлении страхового покрытия, и вас оно не устраивает, вы можете «обжаловать» такое решение. Обжалование — это официальная возможность просить о пересмотре и изменении вынесенного нами решения о предоставлении страхового покрытия.

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. Ваша апелляция рассматривается другими специалистами, а не теми, кто принимал первоначальное неблагоприятное решение.

В большинстве случаев вам нужно начинать с апелляции 1-го уровня. Если ваша проблема со здоровьем требует неотложной помощи, является непосредственной и серьезной угрозой для вашего здоровья или вы чувствуете сильную боль и нуждаетесь в немедленном решении, вы можете обратиться в Департамент управляемого медицинского обслуживания через веб-сайт www.dmhc.ca.gov с просьбой провести независимую медицинскую экспертизу (IMR). Дополнительную информацию см. в **разделе F4**.

По окончании рассмотрения мы сообщаем вам о своем решении. При определенных обстоятельствах, о которых будет рассказано далее в **разделе F2** и **разделе F3** этой главы, вы можете запросить ускоренное или «срочное решение о страховом покрытии» либо ускоренное рассмотрение апелляции в связи с решением о страховом покрытии.

Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо. Если ваша проблема связана со страховым покрытием медицинского обслуживания в рамках Medicare, то в письме мы сообщим, что отправили ваше дело в независимую экспертную организацию (IRO) для рассмотрения апелляции 2-го уровня. Если ваша проблема связана со страховым покрытием услуги или товара в рамках Medicare Part D или Medi-Cal, то в письме мы сообщим, как подать апелляцию 2-го уровня самостоятельно. Дополнительную информацию об

апелляциях 2-го уровня см. в **разделе F4**. Если ваша проблема связана со страховым покрытием услуги или товара, покрываемых в рамках обеих программ (Medicare и Medi-Cal), то из письма вы узнаете об обоих типах апелляции 2-го уровня.

Если вас не устраивает решение по апелляции 2-го уровня, вы можете иметь возможность продолжить попытки обжалования на дополнительных уровнях.

## E3. Помощь в отношении решений о страховом покрытии и апелляций

Вы можете обратиться за помощью в любую из следующих организаций:

- **Отдел обслуживания участников плана** по номерам, указанным в нижней части страницы.
- **Программа омбудсменов Medicare Medi-Cal по номеру 1-855-501-3077.**
- **Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP)** по номеру 1-800-434-0222.
- **Справочная служба Департамента управляемого медицинского обслуживания (DMHC),** где вам предоставят бесплатную помощь. Департамент DMHC регулирует работу планов медицинского страхования. Департамент DMHC помогает подавать апелляции по поводу услуг в рамках Medi-Cal или в случае проблем со счетами. Номер телефона: 1-888-466-2219. Лица с глухотой, нарушениями слуха или речи могут использовать бесплатный номер TDD: 1-877-688-9891. Вы также можете посетить веб-сайт департамента DMHC по адресу www.dmhc.ca.gov.
- **Ваш врач или другой поставщик услуг.** Ваш врач или другой поставщик услуг могут запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию от вашего имени.
- **Друг или член семьи.** Вы можете назначить другого человека своим представителем, который может от вашего имени запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию.
- **Адвокат.** У вас есть право на адвоката, но **вы не обязаны иметь адвоката** для подачи запроса на предоставление решения о страховом покрытии или подачи апелляции.
  - Позвоните своему адвокату или запросите имя доступного адвоката в местной адвокатской коллегии или другой справочной службе. Некоторые юридические фирмы готовы предоставить свои услуги бесплатно, если вы соответствуете определенным требованиям.
  - Запросите юридическую консультацию, обратившись в программу омбудсменов Medicare Medi-Cal по номеру 1-855-501-3077.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Заполните форму назначения представителя, если хотите, чтобы вас представлял адвокат или другой человек. Заполненная и подписанная форма позволяет вашему представителю действовать от вашего имени.

Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы, и запросите форму назначения представителя. Вы также можете загрузить форму с веб-сайта www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или с нашего веб-сайта по адресу https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html. **Вы должны предоставить нам копию подписанной формы.**

### E4. Какой раздел данной главы может вам помочь

Существует четыре типа ситуаций, которые затрагивают решения о страховом покрытии и апелляции. Для каждой ситуации действуют разные правила и сроки. В тех или иных разделах данной главы представлена подробная информация для каждой такой ситуации.
См. соответствующий раздел:

- **Раздел F** «Медицинское обслуживание»
- **Раздел G** «Рецептурные препараты по программе Medicare Part D»
- **Раздел H** «Запрос на покрытие более длительного пребывания в больнице»
- **Раздел I** «Запрос на продолжение покрытия определенных медицинских услуг» (Этот раздел относится только к следующим услугам: медицинское обслуживание на дому, обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода и услуги центра комплексной амбулаторной реабилитации (CORF).)

Если вы не уверены, к какому разделу обращаться, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы.

## F. Медицинское обслуживание

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 нашу долю стоимости обслуживания.

Этот раздел посвящен покрытию медицинского обслуживания, описанного в **разделе D главы 4** *Справочника участника плана*. В некоторых случаях в отношении рецептурных препаратов по программе Medicare Part B могут действовать другие правила. В такой ситуации будет приведена информация, как правила в отношении рецептурных препаратов по программе Medicare Part B отличаются от правил, действующих для медицинских услуг и товаров.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

## F1. Использование этого раздела

В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в любой из следующих ситуаций:

1. Вы считаете, что мы покрываем необходимое вам медицинское обслуживание, но вы это обслуживание не получаете.

   **Ваши действия:** Вы можете подать запрос на принятие решения о предоставлении страхового покрытия. См. **раздел F2**

2. Мы не одобрили медицинское обслуживание, которое ваш врач или другой поставщик медицинских услуг хочет вам предоставить, а вы считаете, что мы должны это сделать.

   **Ваши действия:** Вы можете обжаловать наше решение. См. **раздел F3**

3. Вы получили медицинское обслуживание, которое, как вы считаете, покрывается нами, но мы отказывается оплатить его.

   **Ваши действия:** вы можете обжаловать наше решение с отказом платить. См. **раздел F5**

4. Вы получили и оплатили медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, мы покрываем, и хотите, чтобы мы возместили расходы.

   **Ваши действия:** Вы можете обратиться с запросом на возврат средств. См. **раздел F5**

5. Мы уменьшили или отменили доступное вам страховое покрытие определенного медицинского обслуживания, и, по вашему мнению, наше решение может навредить вашему здоровью.

   **Ваши действия:** вы можете обжаловать наше решение о сокращении или прекращении медицинского обслуживания. См. **раздел F4.**

   - Если страховое покрытие касается услуг лечения в больнице, медицинского ухода на дому, обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода или услуг центра CORF, применяются особые правила. Подробнее см. в **разделе H** или **разделе I** .
   - Для всех прочих ситуаций, связанных с сокращением объема или прекращением покрытия определенного медицинского обслуживания, используйте в качестве руководства данный раздел **(раздел F)**.

6. Необходимое вам обслуживание предоставляется с задержкой, либо вы не можете найти врача.

   **Ваши действия:** Вы можете подать жалобу. См. **раздел K2**.

## F2. Обращение с просьбой принять решение о страховом покрытии

Когда решение о страховом покрытии затрагивает ваше медицинское обслуживание, такое решение называется **«интегрированное заключение организации»**.

Вы, ваш врач или ваш представитель можете запросить у нас решение о страховом покрытии следующими способами:

- позвонить по телефону: 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
- отправить по факсу: 1-844-222-3180.
- написать письмо:

  Medical Management
  4191 E. Commerce Way
  Sacramento, CA 95834

### Стандартное решение о страховом покрытии

При вынесении нашего решения мы будем использовать стандартные сроки, если только мы не согласились на ускоренные сроки. Стандартное решение о страховом покрытии означает, что мы предоставим вам ответ по поводу:

- Медицинской услуги или товара в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса. Для планов Knox-Keene: в течение 5 рабочих дней или не позднее чем через 14 календарных дней после получения вашего запроса.
- Лекарства по рецепту по программе Medicare Part B в течение 72 часов с момента получения вашего запроса.

### Срочное решение о страховом покрытии

В юридической практике «ускоренное решение о страховом покрытии» называется **«ускоренным заключением»**.

Если вы запрашиваете решение о страховом покрытии вашего медицинского обслуживания, при этом состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите нас принять «срочное решение о страховом покрытии». Срочное решение о страховом покрытии означает, что мы предоставим вам ответ по поводу:

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Медицинской услуги или товара в течение 72 часов после получения вашего запроса или раньше, если ваше состояние здоровья требует более быстрого ответа.
- Лекарства по рецепту по программе Medicare Part B в течение 24 часов с момента получения

вашего запроса.

Чтобы вы имели право на ускоренное принятие решения о страховом покрытии, должны

выполняться два требования.

- Вы запрашиваете страховое покрытие медицинских товаров и/или услуг, которые вы **еще не получили**.Вы не можете запросить срочное решение о страховом покрытии медицинских товаров и/или услуг, которые вы уже получили.
- Соблюдение стандартных сроков может **нанести серьезный вред вашему здоровью или нарушить вашу работоспособность**.

**Мы автоматически примем срочное решение о страховом покрытии, если ваш врач сообщит, что этого требует состояние вашего здоровья.** Если вы направляете запрос без поддержки врача, мы сами примем решение о возможности получения вами решения о страховом покрытии в ускоренном порядке.

- Если мы сочтем, что ваше состояние не соответствует требованиям для принятия срочного решения о предоставлении страхового покрытия, вы получите от нас письмо с отказом, и мы будем соблюдать стандартные сроки. В этом письме будет сказано следующее:
  - Мы автоматически примем срочное решение о страховом покрытии, если этого потребует ваш врач.
  - Вы можете подать «срочную жалобу» по нашему решению о предоставлении стандартного решения о покрытии вместо запрошенного вами срочного решения о покрытии. В письме будет объяснено, как именно это сделать. Более подробную информацию о процедуре подачи жалобы, включая срочную жалобу, см. в **разделе K** этой главы.

**Если мы дадим отрицательный ответ относительно части или всего вашего запроса**, мы отправим вам письмо с объяснением причин.

- Если мы дадим **отрицательный ответ**, вы имеете право подать апелляцию. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, подача апелляции служит способом официально попросить нас пересмотреть наше решение и изменить его.

- Если вы решите подать апелляцию, вы перейдете на 1-й уровень апелляционного процесса (см. **раздел F3**).

В ограниченных обстоятельствах мы можем отклонить ваш запрос на предоставление решения о страховом покрытии, что означает, что мы не будем рассматривать этот запрос. Примеры случаев, когда запрос будет отклонен:

- запрос содержит не всю информацию,
- запрос подается от вашего имени другим лицом, не уполномоченным на это по закону, **или**
- 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. Такое рассмотрение называется апелляцией. Апелляции описаны в следующем разделе.

## F3. Подача апелляции 1-го уровня

**Чтобы подать апелляцию,** вы, ваш врач или ваш представитель должны обратиться к нам. Позвоните нам по номеру: 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.

**Запросите рассмотрение апелляции в стандартные сроки или в ускоренном порядке** в письменном виде или по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта представители работают с понедельника по воскресенье, с 8 утра до 8 вечера.
С 1 апреля по 30 сентября представители доступны с понедельника по пятницу, с 8 a.m. до 8 p.m.

- Если ваш врач или другое лицо, выписавшее вам рецепт, подает запрос на продолжение получения услуги или товара, которые вы уже получаете, в течение рассмотрения вашей апелляции, вам, возможно, придется назначить его своим представителем, который будет действовать от вашего имени.
- Если кто-либо, кроме вашего врача, подает за вас апелляцию, приложите форму назначения представителя для назначения этого человека вашим представителем. Вы можете загрузить форму с веб-сайта www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или с нашего веб-сайта по адресу https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html.

- 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 форму до истечения крайнего срока принятия решения по апелляции:
  - Мы отклоним ваш запрос и
  - Отправим вам письменное уведомление с разъяснением вашего права обратиться в независимую экспертную организацию (IRO) с запросом на пересмотр нашего решения об отклонении вашей апелляции.
- Срок подачи апелляции составляет 65 календарных дней с даты письма, уведомляющего вас о нашем решении.
- Если вы пропустили срок по уважительной причине, мы можем дать вам дополнительное время для подачи апелляции. Примеры уважительных причин: вы тяжело болели или мы сообщили вам неверную информацию о том, в какие сроки можно подать апелляцию. Объясните причину, по которой вы не подали апелляцию в срок.
- Вы имеете право попросить у нас бесплатные копии документов, имеющих отношение к вашей апелляции. Вы и ваш врач также можете предоставить нам больше информации в поддержку вашей апелляции.

**Если этого требует состояние вашего здоровья, запросите апелляцию по ускоренной процедуре.**

Юридический термин для «ускоренного рассмотрения апелляции» — **«пересмотр в ускоренном порядке»**.

- 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 автоматически примем срочное решение по апелляции, если ваш врач сообщит, что этого требует состояние вашего здоровья.** Если вы направляете запрос без поддержки врача, мы сами примем решение о возможности получения вами решения по апелляции в ускоренном порядке.

- Если мы сочтем, что ваше состояние не соответствует требованиям для принятия срочного решения по апелляции, вы получите от нас письмо с отказом, и мы будем соблюдать стандартные сроки. В этом письме будет сказано следующее:
  - Мы автоматически примем срочное решение по апелляции, если этого потребует ваш врач.

- Вы можете подать «срочную жалобу» по нашему решению рассмотреть апелляцию в стандартные сроки вместо срочной апелляции. Более подробную информацию о процедуре подачи жалобы, включая срочную жалобу, см. в **разделе K**.

**Если мы сообщаем вам о сокращении объема или прекращении покрытия услуг или товаров, которые вы уже получаете, вы можете продолжать получать их во время рассмотрения апелляции.**

- Если мы принимаем решение изменить или прекратить покрытие услуги или товара, которые вы получаете, мы отправим вам уведомление перед вступлением изменения в силу.
- Если вы не согласны с нашим решением, вы можете подать апелляцию 1-го уровня.
- Мы продолжим покрывать услугу или товар, если вы подадите апелляцию 1-го уровня в течение 10 календарных дней с даты получения нашего письма или до предполагаемой даты вступления изменения в силу, в зависимости от того, что наступит позже.
  - При соблюдении этого срока вы продолжите получать спорную услугу или товар, пока будет рассматриваться ваша апелляция 1-го уровня.
  - Вы также продолжите получать все услуги и товары (не являющиеся предметом вашей апелляции) без изменений.
  - Если вы не подадите апелляцию до указанных дат, покрытие услуги или товара будет приостановлено до момента принятия решения по вашей апелляции.

**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 медицинского обслуживания.
- Мы выясним, были ли соблюдены все правила при **отказе** по вашему запросу.
- При необходимости мы можем собирать дополнительную информацию. Мы можем связаться с вами или вашим врачом для получения дополнительной информации.

**Существуют сроки рассмотрения апелляции в ускоренном порядке.**

- Если мы рассматриваем апелляцию в ускоренном порядке, мы должны дать ответ **в течение 72 часов с момента ее получения или раньше, если состояние вашего здоровья требует более быстрого ответа.** Мы ответим раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Если мы не предоставим вам ответ в течение 72 часов, мы должны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса. После этого рассмотрением вашего вопроса будет заниматься независимая экспертная организация (IRO). Далее в этой главе в **разделе F4** мы расскажем вам об этой организации и разъясним апелляционный процесс 2-го уровня. Если ваша проблема связана с покрытием услуги или товара по программе Medi-Cal, сразу по истечении указанного времени вы можете самостоятельно подать запрос 2-го уровня — рассмотрение органами власти штата. В штате California такое рассмотрение органами власти штата носит название **рассмотрение органами власти штата**. *Процедуру запроса рассмотрения органами власти штата см. в* **разделе F4**.

- **Если мы дадим положительный ответ относительно части или всего вашего запроса,** мы должны разрешить предоставление или предоставить соответствующее покрытие в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции или раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.

- **Если мы дадим отрицательный ответ относительно части или всего вашего запроса,** мы направим вашу апелляцию в независимую экспертную организацию (IRO) на 2-й уровень подачи апелляции.

**Существуют стандартные сроки рассмотрения апелляции.**

- При стандартном рассмотрении мы должны предоставить вам ответ **в течение 30 календарных дней** с момента получения вашей апелляции по поводу страхового покрытия услуг, которые вы не получили.

- Если ваш запрос касается лекарства по рецепту по программе Medicare Part B, который вы еще не получили, мы предоставим вам ответ **в течение 7 календарных дней** с момента получения вашей апелляции или раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.

  - Если мы не предоставим вам ответ к указанному сроку, мы должны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса. После этого рассмотрением вашего вопроса будет заниматься независимая экспертная организация (IRO). Далее в этой главе в **разделе F4** мы расскажем вам об этой организации и разъясним апелляционный процесс 2-го уровня. Если ваша проблема связана с покрытием услуги или товара по программе Medi-Cal, сразу по истечении указанного времени вы можете самостоятельно подать запрос 2-го уровня — рассмотрение органами власти штата. В штате California такое рассмотрение органами власти штата носит название **рассмотрение органами власти штата**. *Процедуру запроса рассмотрения органами власти штата см. в* **разделе F4**.

**Если мы дадим положительный ответ относительно части или всего вашего запроса,** мы должны разрешить предоставление или предоставить соответствующее покрытие в течение 30 календарных дней с даты получения вашего запроса на апелляцию или раньше, если этого требует состояние вашего здоровья; либо в течение 72 часов с даты изменения нашего решения или в течение 7 календарных дней с даты получения вашей апелляции, если она касается рецептурных лекарственных препаратов по программе Medicare Part B.

Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, **у вас есть дополнительные права на апелляцию:**

- Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо.
- Если ваша проблема касается покрытия услуги или товара в рамках Medicare, в письме будет указано, что мы выслали материалы вашего дела в независимую экспертную организацию (IRO) для апелляции 2-го уровня.
- Если проблема связана со страховым покрытием услуги или товара в рамках программы Medi-Cal, из письма вы узнаете, как подать апелляцию 2-го уровня самостоятельно.

## F4. Подача апелляции 2-го уровня

Если мы дадим **отрицательный ответ** в отношении части или всей вашей апелляции 1-го уровня, мы отправим вам письмо. В этом письме указано, покрывается ли обычно услуга или товар программой Medicare, Medi-Cal или обеими программами.

- Если ваша проблема касается услуги или товара, обычно покрываемых в рамках **Medicare**, мы автоматически передадим ваше дело на 2-й уровень апелляционного процесса сразу после завершения 1-го уровня.
- Если ваша проблема касается услуги или товара, обычно покрываемых в рамках **Medi-Cal**, апелляцию 2-го уровня вам нужно подавать самостоятельно. В письме будет сказано, как это сделать. См. также дополнительную информацию далее в **разделе I2** этой главы.
- Если ваша проблема касается услуги или товара, обычно покрываемых в рамках **как программы Medicare, так и программы Medi-Cal**, ваша апелляция автоматически получает 2-й уровень с отправкой в независимую экспертную организацию (IRO).
  В дополнение к автоматическому переходу на 2-й уровень апелляции вы можете отправить запрос на рассмотрение органами власти штата и независимую медицинскую экспертизу в штате. Однако независимая медицинская экспертиза недоступна, если вы уже предоставили доказательство в рамках рассмотрения органами власти штата.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Если вы имеете право на сохранение покрытия после подачи апелляции 1-го уровня, покрытие услуги, товара или лекарства также может быть продолжено в течение процедуры апелляции 2-го уровня. См. **раздел F3** для получения информации о продолжении покрытия во время рассмотрения апелляции 1-го уровня.

- Если ваша проблема касается услуги, обычно покрываемой в рамках Medicare, покрытие этой услуги не будет продолжено в рамках 2-го уровня апелляционного процесса, на котором задействована независимая экспертная организация (IRO).
- Если ваша проблема касается услуги, обычно покрываемой только в рамках MediCal, покрытие этой услуги будет продолжено, если вы подадите апелляцию 2-го уровня в течение 10 календарных дней с момента получения письма с нашим решением.

**Если ваша проблема касается услуги или товара, обычно покрываемых в рамках Medicare**

Вашу апелляцию рассмотрит независимая экспертная организация (IRO). Это независимая организация, нанятая Medicare.

Официальное название независимой экспертной организации (IRO) — **независимый экспертный субъект**, иногда называемый **«IRE»**.

- Эта организация не связана с нами и не является государственным органом. Программа Medicare выбрала конкретную компанию в качестве независимой экспертной организации (IRO), и Medicare осуществляет надзор за ее деятельностью.
- Мы направляем информацию по вашей апелляции (материалы вашего дела) в эту организацию. Вы имеете право получить бесплатную копию материалов вашего дела.
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации (IRO) дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.
- Рассматривающие ваш случай сотрудники независимой экспертной организации (IRO) тщательно ознакомятся со всей информацией, имеющей отношение к вашей апелляции.

**Если вы подавали апелляцию 1-го уровня с ускоренным рассмотрением, на 2-м уровне у вас также будет апелляция с ускоренным рассмотрением.**

- Если вы подавали нам апелляцию 1-го уровня с ускоренным рассмотрением, на 2-м уровне у вас также будет апелляция с ускоренным рассмотрением. Независимая экспертная организация (IRO) должна дать ответ по апелляции 2-го уровня **в течение 72 часов** с момента получения ею вашей апелляции.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

**Если вы подавали стандартную апелляцию 1-го уровня, на 2-м уровне у вас также будет стандартная апелляция.**

- Если вы подавали нам стандартную апелляцию 1-го уровня, на 2-м уровне у вас также будет стандартная апелляция.
- Если ваш запрос касается медицинского товара или услуги, независимая экспертная организация (IRO) должна предоставить вам ответ по вашей апелляции 2-го уровня **в течение 30 календарных дней** с момента ее получения.
- Если ваш запрос касается лекарства по рецепту по программе Medicare Part B, независимая экспертная организация (IRO) должна предоставить вам ответ по вашей апелляции 2-го уровня **в течение 7 календарных дней** с момента ее получения.

Независимая экспертная организация (IRO) предоставит вам ответ в письменной форме и объяснит причины своего решения.

- **Если независимая экспертная организация (IRO) дает положительный ответ относительно части или всего вашего запроса на покрытие медицинского товара или услуги,** мы должны незамедлительно выполнить требования этого решения:
  - Одобрить страховое покрытие медицинского обслуживания **в течение 72 часов, или**
  - Предоставить услугу в течение **5 рабочих дней** с момента получения решения независимой экспертной организации (IRO) в случае **стандартного рассмотрения, или**
  - Предоставить услугу **в течение 72 часов** с момента получения решения независимой экспертной организации (IRO) в случае **ускоренного рассмотрения.**
- **Если независимая экспертная организация (IRO) дает положительный ответ относительно части или всего вашего запроса на покрытие лекарства по рецепту по программе Medicare Part B, мы должны разрешить предоставление или предоставить спорное лекарство по рецепту по программе Medicare Part B:**
  - **В течение 72 часов** с момента получения решения независимой экспертной организации (IRO) в случае **стандартного рассмотрения или**
  - **В течение 24 часов** с момента получения решения независимой экспертной организации (IRO) в случае **ускоренного рассмотрения**.
- **Если независимая экспертная организация (IRO) даст отрицательный ответ относительно части или всей вашей апелляции**, это означает, что они согласны с тем, что мы не должны одобрять ваш запрос (или часть вашего запроса) на покрытие медицинского обслуживания. Это называется «поддержанием решения» или «отклонением апелляции».

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Если ваше дело соответствует требованиям, вы решаете, хотите ли подать апелляцию следующего уровня.
- После 2-го уровня предусмотрено еще три дополнительных уровня апелляционного процесса (всего их пять).
- Если ваша апелляция 2-го уровня была отклонена, но вы отвечаете необходимым требованиям для продолжения апелляционного процесса, вы должны решить, желаете ли вы перейти на 3-й уровень и подать третью апелляцию. Порядок этой процедуры подробно описан в письменном уведомлении, полученном вами после получения решения по вашей апелляции 2-го уровня.
- Апелляциями 3-го уровня занимается судья по административным делам (ALJ) или уполномоченный третейский судья. Более подробная информация об апелляциях 3-го, 4-го и 5-го уровня приведена в **разделе J**.

**Если ваша проблема касается услуги или товара, обычно покрываемых в рамках Medi-Cal**

Подать апелляцию 2-го уровня по поводу услуг или товаров, покрываемых по программе Medi-Cal, можно двумя способами: (1) подача жалобы или запроса на независимую медицинскую экспертизу либо (2) рассмотрение органами власти штата.

**(1) Независимая медицинская экспертиза**

Жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR) следует подавать через Справочную службу Департамента управляемого медицинского обслуживания (DMHC) штата California. При подаче жалобы департамент DMHC проверит наше решение и вынесет свое заключение. Независимая медицинская экспертиза (IMR) доступна для любых покрываемых в рамках Medi-Cal услуги или товара медицинского характера. Независимая медицинская экспертиза (IMR) — это проверка вашего дела экспертами, которые не сотрудничают с нашим планом и не работают в департаменте DMHC. Если решение по независимой медицинской экспертизе (IMR) будет в вашу пользу, мы должны предоставить вам запрошенную услугу или товар. Вы ничего не платите за проведение независимой медицинской экспертизы (IMR).

Вы можете подать жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR), если наш план:

- Отказывает вам в предоставлении услуги или лечения по программе Medi-Cal, меняет либо задерживает их получение на том основании, что наш план не считает их необходимыми по медицинским показаниям.

- Отказывается покрыть экспериментальное или исследуемое лечение в рамках Medi-Cal при наличии серьезного заболевания.
- Оспаривает, имеет ли хирургическая услуга либо процедура косметический или восстановительный характер.
- Отказывается оплатить уже полученную вами экстренную или неотложную медицинскую помощь в рамках Medi-Cal.
- Не принял решение по вашей апелляции 1-го уровня в отношении услуги в рамках Medi-Cal в установленные сроки: в течение 30 календарных дней для стандартной апелляции либо 72 часов или раньше, если этого требует состояние вашего здоровья, для апелляции с ускоренным рассмотрением.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если апелляцию от вашего имени подал ваш поставщик услуг, а мы не получаем от вас форму назначения представителя, вы должны будете повторно подать нам апелляцию, прежде чем сможете подать заявку на независимую медицинскую экспертизу (IMR) 2-го уровня в Департамент управляемого медицинского обслуживания, если только ваша апелляция не связана с непосредственной и серьезной угрозой вашему здоровью, включая, помимо прочего, сильную боль, риск гибели, потерю конечности или основных функций организма.

Вы имеете право как на независимую медицинскую экспертизу (IMR), так и на рассмотрение органами власти штата, кроме случаев, когда вы уже предоставили доказательства в рамках рассмотрения органами власти штата по тому же вопросу.

В большинстве случаев, прежде чем просить о проведении независимой медицинской экспертизы (IMR), вы должны подать нам апелляцию. Информацию о процедуре подачи апелляций 1-го уровня см. на стр. 275. Если вы не согласны с нашим решением, вы можете подать жалобу в департамент DMHC или обратиться в Справочный центр департамента DMHC с просьбой провести независимую медицинскую экспертизу (IMR).

Если вам было отказано в страховом покрытии лечения на том основании, что оно является экспериментальным или проходит клинические испытания, вам не нужно принимать участие в процессе апелляции до подачи запроса на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR).

Если ваша проблема требует неотложной помощи, связана с непосредственной и серьезной угрозой для вашего здоровья или вы испытываете сильную боль, вы можете сразу обратиться в департамент DMHC, не проходя нашу процедуру апелляции.

Вы должны **подать запрос на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR) в течение 6 месяцев** после того, как мы отправили вам письменное решение по вашей апелляции. Департамент DMHC может принять ваше заявление по истечении 6-месячного срока при наличии

уважительной причины, например если вы не могли попросить о независимой медицинской экспертизе (IMR) в течение 6 месяцев по состоянию здоровья или не получили от нас надлежащего уведомления о процедуре экспертизы IMR.

Как попросить о проведении независимой медицинской экспертизы (IMR):

- Заполните форму подачи жалобы/запроса на независимую медицинскую экспертизу, которая доступна на веб-сайте по адресу: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx. Либо позвоните в Справочный центр департамента DMHC по номеру 1-888-466-2219. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-688-9891.
- При наличии приложите копии писем и других документов, касающихся услуги или товара, в страховом покрытии которых мы вам отказали. Это может ускорить проведение независимой медицинской экспертизы (IMR). Присылайте копии документов, а не их оригиналы. Справочный центр не возвращает никакие документы.
- Если кто-то помогает вам подать запрос на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR), заполните форму назначения уполномоченного представителя. Вы можете загрузить форму на странице www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx . Либо позвоните в Справочный центр департамента по номеру 1-888-466-2219. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-688-9891.
- Отправьте заполненную форму и все приложения по почте или факсу:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

- Вы также можете отправить форму жалобы/запроса на независимую медицинскую экспертизу и форму назначения уполномоченного представителя онлайн: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

Если вы имеете право на независимую медицинскую экспертизу (IMR), департамент DMHC рассмотрит ваше дело и отправит вам письмо в течение 7 календарных дней с указанием, что вы имеете право на экспертизу IMR. После получения вашей заявки и подтверждающих документов от вашего плана решение по независимой медицинской экспертизе (IMR) будет принято в течение 30 календарных дней. Вы должны получить решение по независимой медицинской экспертизе (IMR) в течение 45 календарных дней с момента подачи заполненной заявки.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Если ваше дело срочное, при этом вы имеете право на независимую медицинскую экспертизу (IMR), департамент DMHC рассмотрит ваше дело и в течение 48 часов с момента получения заполненной заявки отправит вам письмо с указанием, что вы имеете право на экспертизу IMR. После получения вашей заявки и подтверждающих документов от вашего плана решение по независимой медицинской экспертизе (IMR) будет принято в течение 3 календарных дней. Вы должны получить решение по независимой медицинской экспертизе (IMR) в течение 7 календарных дней с момента подачи заполненной заявки. Если вы недовольны результатами проведенной независимой медицинской экспертизы (IMR), вы можете потребовать рассмотрения вашего дела органами власти штата.

Если департамент DMHC не получит все необходимые медицинские документы от вас или вашего лечащего врача, это может увеличить сроки проведения независимой медицинской экспертизы (IMR). Если вы наблюдаетесь у врача, который не сотрудничает с вашим планом медицинского страхования, важно, чтобы вы получили медицинскую документацию от этого врача и прислали ее нам. Ваш план медицинского страхования должен получить копии вашей медицинской документации от врачей, сотрудничающих с планом.

Если департамент DMHC решит, что ваше дело не соответствует критериям для проведения независимой медицинской экспертизы (IMR), департамент DMHC рассмотрит его в соответствии со своими обычными процедурами рассмотрения жалоб. Решение по вашей жалобе должно быть принято в течение 30 календарных дней со дня подачи заполненной заявки. Если жалоба срочная, решение по ней будет принято раньше.

**(2) Рассмотрение органами власти штата**

Вы можете запросить рассмотрение органами власти штата в отношении покрываемых по программе Medi-Cal услуг или товаров. Если ваш врач или другой поставщик услуг запрашивает услугу или товар, которые мы не одобряем, или мы решаем не продолжать платить за услугу или товар, которые вы уже получаете, при этом мы дали отрицательный ответ по вашей апелляции 1-го уровня, вы имеете право запросить рассмотрение органами власти штата.

В большинстве случаев **запрос на рассмотрение органами власти штата необходимо подать в течение 120 дней** после даты присланного вам уведомления о решении по апелляции.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы запрашиваете рассмотрение органами власти штата, поскольку мы сообщили вам об изменении или прекращении покрытия услуги, **которую вы получаете в настоящий момент,** при этом вы хотите продолжать получать эту услугу, пока ожидаете результатов рассмотрения, срок подачи запроса сокращается. Если вам требуется дополнительная информация, ознакомьтесь с разделом «Продолжу ли я получать льготу в ходе рассмотрения апелляции уровня 2» на стр. 256.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Существует два способа подать запрос на рассмотрение органами власти штата:

1. Вы можете заполнить «Запрос на рассмотрение органами власти штата» в конце уведомления о принятом решении. Вам следует привести всю необходимую информацию: имя и фамилия полностью; адрес; номер телефона; название плана или округа, предпринявшего спорные действия; программа помощи, имеющая отношение к вашей апелляции; подробное объяснение причин, заставивших вас обратиться с запросом на проведение рассмотрения органами власти. Затем вы можете отправить свой запрос одним из следующих способов:
   - В отдел социального обеспечения вашего округа по адресу, указанному в уведомлении.
   - В Департамент социальных служб штата California:
     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
     Sacramento, California 94244-2430
   - В отдел по рассмотрению органами власти штата по факсу 916-309-3487 или бесплатному номеру 1-833-281-0903.
2. Вы можете позвонить в Департамент социальных служб штата California по номеру 1-800-743-8525. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-800-952-8349. Если вы решите запросить рассмотрение органами власти штата по телефону, помните, что эти телефонные линии часто бывают заняты.

Отдел по рассмотрениям органами власти штата предоставит вам решение в письменной форме и объяснит причины своего решения.

- Если отдел по рассмотрению органами власти штата дает **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса на покрытие медицинского товара или услуги, мы должны разрешить предоставление или предоставить услугу или товар **в течение 72 часов** с момента получения их решения.
- Если отдел по рассмотрению органами власти штата даст **отрицательный ответ** 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 случае **отрицательного ответа** от независимой экспертной организации (IRO) или по результатам рассмотрения органами власти штата относительно части или всего вашего запроса у вас есть дополнительные права на апелляцию.

Если апелляция 2-го уровня рассматривалась **независимой экспертной организацией (IRO)**, вы можете подать апелляцию, только если стоимость услуги или товара превышает определенный

минимум. Апелляцией 3-го уровня занимается судья ALJ или уполномоченный третейский судья. **В письме, которое вы получите от независимой экспертной организации (IRO), будут разъяснены права на дальнейшее рассмотрение апелляции, которые у вас могут быть.**

В письме, которое вы получите от отдела по рассмотрению органами власти штата, описываются следующие возможности апелляции.

Дополнительную информацию о правах на апелляцию после 2-го уровня см. в **разделе J**.

## F5. Проблемы с оплатой

Мы не позволяем нашим сетевым поставщикам услуг выставлять вам счета за покрываемые услуги и товары. Это так, даже если мы платим поставщику услуг меньше, чем он берет за покрываемую услугу или товар. Вы никогда не должны оплачивать остаток по какому-либо счету.

Если вы получаете счет за покрываемые услуги и товары, отправьте его нам. Вам не следует оплачивать счет самостоятельно. Мы свяжемся с этим поставщиком услуг напрямую и решим возникшую проблему. Если вы оплатите такой счет, то можете получить возмещение расходов от нашего плана при условии соблюдения правил получения услуг или товаров.

Дополнительную информацию см. в **главе 7** *Справочника участника плана*. Здесь описаны ситуации, в которых вам может понадобиться запросить у нас возмещение расходов или попросить нас оплатить счет, полученный от поставщика услуг. В ней также объясняется, как отправить нам документы с просьбой произвести оплату.

Направляя запрос на возмещение расходов, вы направляете запрос на предоставление решения о страховом покрытии. Мы проверим, подлежат ли оплаченные вами услуга или товар страховому покрытию. Мы также проверим, соблюдали ли вы правила по использованию вашего покрытия.

- Если оплаченная вами услуга или товар покрывается планом и вы соблюдали все правила, мы направим вашему поставщику услуг плату за эту услугу или товар, как правило, в течение 30 календарных дней, но не позже 60 календарных дней после получения вашего запроса. Затем поставщик услуг направит оплату вам.
- Если вы еще не оплатили услугу или товар, мы отправим оплату непосредственно поставщику услуг. Отправление платежа означает **положительный ответ** на вашу просьбу о решении о страховом покрытии.
- Если услуга или товар не покрываются или вы не соблюдали все правила, мы отправим вам письмо с извещением о том, что не будем их оплачивать, и объясним причину этого решения.

Если вы не согласны с нашим решением не производить оплату, **вы можете подать апелляцию**. При подаче апелляции следуйте инструкциям в **разделе F3**. При выполнении этих указаний обратите внимание на следующее:

- Если вы подадите апелляцию в отношении возмещения расходов, мы должны будем предоставить вам наш ответ в течение 30 календарных дней с момента ее получения.
- Если вы направите нам запрос на возмещение расходов на медицинское обслуживание, которое вы уже получили и оплатили самостоятельно, вы не можете запрашивать ускоренное рассмотрение апелляции.

Если мы дадим **отрицательный ответ** по вашей апелляции, при этом услуга или товар обычно покрывается по программе **Medicare**, мы отправим ваш дело в независимую экспертную организацию (IRO). Мы отправим вам письмо с соответствующим уведомлением.

- Если независимая экспертная организация (IRO) отменит наше решение об отказе в оплате, мы должны прислать запрошенную вами сумму вам или вашему 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 оплату вам или поставщику услуг в течение 60 календарных дней.
- Если независимая экспертная организация (IRO) дает **отрицательный ответ** по вашей апелляции, это означает, что они согласны с тем, что мы не должны одобрять ваш запрос. Это называется «поддержанием решения» или «отклонением апелляции». Вы получите письмо, в котором будут разъяснены права на дальнейшее рассмотрение апелляции, которые у вас могут быть. Более подробную информацию об апелляциях дальнейших уровней см. в **разделе J**.

Если мы дадим **отрицательный ответ** по вашей апелляции, при этом услуга или товар обычно покрывается по программе Medi-Cal, вы можете подать апелляцию 2-го уровня самостоятельно. Дополнительную информацию см. в **разделе F4**.

## G. Рецептурные лекарственные препараты по программе Medicare Part D

Льготы, предоставленные вам как участнику нашего плана, включают страховое покрытие расходов на приобретение многих рецептурных препаратов. Большинство этих лекарств покрываются по программе Medicare Part D. Некоторые лекарства программа Medicare Part D не покрывает, но их может покрывать программа Medi-Cal **Этот раздел относится только к апелляциям по поводу лекарств, покрываемых по программе Medicare Part D**. В этом разделе мы будем использовать слово «лекарство» или «препарат» в значении «лекарство, покрываемое по программе Medicare Part D».

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Для включения в объем страхового покрытия препарат должен применяться в соответствии с показаниями, приемлемыми с медицинской точки зрения. Это означает, что использование лекарства одобрено Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных препаратов (FDA) или основано на данных, содержащихся в определенных медицинских справочниках. Более подробную информацию о показаниях, приемлемых с медицинской точки зрения, см. в **разделе B3 главы 5** *Справочника участника плана*.

## G1. Решения о страховом покрытии по программе Medicare Part D и апелляции

Приводим примеры решений о предоставлении страхового покрытия, которые вы запрашиваете в отношении своих препаратов Medicare Part D:

- Вы обращаетесь к нам с запросом на исключение, в том числе с просьбой:
  - Покрыть лекарственные препараты по программе Medicare Part D, отсутствующие в нашем *Перечне лекарств* или
  - Отменить ограничения по покрытию лекарства (например, ограничение количества, которое вы можете получить).
- Вы хотите узнать, покрываем ли мы препарат в вашем случае (например, препарат включен в *Перечень лекарств*, но мы требуем от вас получить вначале наше разрешение на его использование).

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если в аптеке вам сказали, что не могут предоставить препарат согласно рецепту, аптека отправит вам письменное уведомление с описанием порядка подачи запроса на принятие решения о предоставлении страхового покрытия.

Другое название первоначального решения о покрытии лекарства по программе Medicare Part D — **«заключение о страховом покрытии»**.

- Вы просите нас возместить расходы на лекарство, которое вы уже приобрели. Данная процедура называется обращением с просьбой предоставить решение о страховом покрытии в отношении оплаты.

Если вы не согласны с нашим решением о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию на наше решение. В данном разделе приведена информация о том, как следует составлять запросы на принятие решений о предоставлении страхового покрытия и на обжалование таких решений. Приведенная ниже таблица поможет вам найти необходимую информацию.

| **В какой из перечисленных ситуаций находитесь вы?** | | | |
|---|---|---|---|
| Вам необходимо лекарство, которое не включено в наш Перечень лекарств, либо вам необходимо, чтобы мы отменили правило или ограничение для покрываемого нами лекарства. | Вы хотите, чтобы мы покрыли лекарство из нашего Перечня лекарств, и считаете, что соответствуете всем правилам и ограничениям плана (например, о предварительном разрешении), касающимся необходимого вам лекарства. | Вы хотите направить нам запрос на возмещение расходов на уже полученные и оплаченные вами лекарства. | Мы сообщили вам, что не будем покрывать лекарство или возмещать его стоимость в том объеме, в котором вы этого хотите. |
| **Вы можете обратиться к нам с запросом на исключение.** (Это один из видов решений о предоставлении страхового покрытия.) Начните с **раздела G2**, затем обратитесь к **разделам G3 и G4.** | **Вы можете подать запрос на принятие решения о предоставлении страхового покрытия.** См. **G4.** | **Вы можете обратиться с запросом на возврат средств.** (Это один из видов решений о предоставлении страхового покрытия.) См. **G4.** | **Вы можете подать** апелляцию (Это значит, что вы просите нас пересмотреть наше решение.) См. **раздел G5**. |

## G2. Исключения Medicare Part D

Если мы не покрываем лекарство так, как вы хотели бы, вы можете попросить нас сделать «исключение». Если мы отклоним ваш запрос на исключение, вы можете обжаловать наше решение.

Если вы запрашиваете исключение, вашему врачу или другому лицу, выписавшему вам рецепт, необходимо предоставить нам медицинское обоснование запроса на предоставление исключения.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Запрос на покрытие лекарства, не входящего в наш Перечень лекарств, либо запрос о снятии ограничения на лекарство иногда называется **запросом на «исключение из справочника лекарств»**.

Приводим примеры ситуаций, когда вам, вашему врачу или другому лицу, выписавшему вам рецепт, можно обращаться к нам с запросом на исключение.

1. **Покрытие лекарства, которое не входит в наш *Перечень лекарств***
   - Вы не можете получить исключение в отношении требуемой суммы доплаты за лекарство.
2. **Отмена ограничения в отношении покрываемого лекарства**
   - Дополнительные правила и ограничения применяются к некоторым лекарствам из нашего *Перечня лекарств* (более подробную информацию см. в **разделе C главы 5** *Справочника участника плана*).
   - Дополнительные правила и ограничения в отношении определенных лекарств включают следующее:
     - Обязательное применение непатентованной версии препарата вместо самого патентованного препарата.
     - Получение предварительного разрешения от плана до предоставления нами согласия на покрытие лекарства. Иногда это называется «предварительным разрешением (PA)».
     - Требование попробовать лечение другими лекарствами, прежде чем мы согласимся покрывать лекарство, которым вы хотите лечиться. Такое требование иногда называется «поэтапное лечение».
     - Количественные ограничения. В отношении некоторых препаратов установлено ограничение по количеству препарата, которое вы можете приобрести.

## G3. Что важно знать о запросах на исключение

**Ваш врач или другое лицо, выписавшее вам рецепт, должны предоставить нам медицинское обоснование**.

Ваш врач или другое лицо, выписавшее вам рецепт, должны предоставить нам медицинское обоснование запроса на исключение. Чтобы ускорить принятие решения, перешлите эту медицинскую информацию от своего врача или другого лица, выписавшего вам рецепт, вместе со своим запросом на исключение.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Наш *Перечень лекарств* зачастую включает более одного препарата для лечения определенного состояния. Эти лекарства называются альтернативными. Если альтернативное лекарство так же эффективно, как запрашиваемое вами лекарство, и не будет вызывать больше побочных эффектов или других проблем со здоровьем, скорее всего, мы **не** одобрим ваш запрос на исключение.

**Мы можем удовлетворить ваш запрос или отказать.**

- Если мы дадим **положительный ответ** на ваш запрос на исключение, то решение обычно остается в силе до конца календарного года. Это относится к тем случаям, когда ваш врач продолжает назначать вам препарат, и этот препарат по-прежнему безопасен и эффективен при лечении вашего заболевания.
- Если мы дадим **отрицательный ответ** на ваш запрос на исключение, вы можете подать апелляцию. Информацию о подаче апелляции в случае нашего **отрицательного ответа** см. в **разделе G5**.

В следующем разделе разъясняется, как обратиться с просьбой о страховом покрытии, включая исключение.

## G4. Запрос на решение о страховом покрытии, включая запрос на исключение

- Попросите нас принять нужное вам решение о страховом покрытии, позвонив по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711), по почте или по факсу. Сделать это можете вы сами, ваш представитель или ваш врач (или другое лицо, выписавшее вам рецепт). Укажите ваше имя, контактные данные и сведения о вашем страховом требовании.
- Вы, ваш врач (или иное лицо, выписавшее рецепт) либо лицо, действующее от вашего имени, можете направить запрос на решение о страховом покрытии. От вашего имени также может действовать адвокат.
- Информацию о том, как назначить кого-либо своим представителем, см. в **разделе E3**.
- Письменное разрешение действовать от вашего имени не требуется, если за вас за решением о страховом покрытии обращается ваш врач или другое лицо, выписавшее рецепт.
- Если вы хотите направить нам запрос на возмещение расходов на лекарство, см. **главу 7** *Справочника участника плана*.
- Если вы просите сделать для вас исключение, вам нужно предоставить обоснование своего запроса. В обосновании приводятся медицинские причины необходимости исключения, предоставленные вашим врачом или другим лицом, выписавшим рецепт.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Ваш врач или другое лицо, выписавшее вам рецепт, могут направить нам обоснование по факсу или по почте. Они также могут сообщить причины по телефону, а затем прислать обоснование по факсу или по почте.

**Если этого требует состояние вашего здоровья, запрашивайте «срочное решение о предоставлении страхового покрытия».**

При вынесении решения мы будем использовать стандартные сроки, если только мы не согласились на ускоренные сроки.

- **Стандартный срок принятия решения о страховом покрытии** составляет не более 72 часов с момента получения обоснования запроса от вашего врача.
- Срок принятия **решения о страховом покрытии в ускоренном порядке** составляет не более 24 часов с момента получения обоснования запроса от вашего врача.

**«Срочное решение о предоставлении страхового покрытия» называется «ускоренное заключение о страховом покрытии».**

Вы можете получить срочное решение о страховом покрытии, если:

- Оно касается лекарства, которое вы не получили. Вы не можете получить срочное решение о страховом покрытии, если ваш запрос касается оплаты уже приобретенного вами лекарства.
- Соблюдение стандартных сроков может стать причиной серьезного ущерба вашему здоровью или дееспособности.

Если ваш врач или другое лицо, выписавшее вам рецепт, сообщит нам, что состояние вашего здоровья требует принятия срочного решения о страховом покрытии, мы согласимся и предоставим его вам. Мы отправим вам соответствующее письмо.

- Если вы направляете запрос на срочное решение о страховом покрытии без поддержки врача или другого лица, выписавшего вам рецепт, мы сами примем решение о возможности получения вами срочного решения о покрытии.
- Если мы решим, что состояние вашего здоровья не отвечает требованиям для срочного решения о страховом покрытии, мы будем соблюдать стандартные сроки рассмотрения.
  - Мы отправим вам письмо, в котором будет указано, что мы будем соблюдать стандартные сроки. В письме также будет указано, как вы можете подать жалобу по поводу нашего решения.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Вы можете подать срочную жалобу и получить ответ в течение 24 часов. Более подробную информацию о процедуре подачи жалоб, включая срочные жалобы, см. в **разделе K**.

**Сроки ускоренного принятия решения о страховом покрытии**

- При ускоренном рассмотрении мы должны предоставить вам ответ в течение 24 часов с момента 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 направим ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией (IRO). Более подробную информацию об апелляции 2-го уровня см. в **разделе G6**.
- Если мы дадим **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы предоставим вам покрытие в течение 24 часов с момента получения вашего запроса или обоснования запроса от вашего врача.
- Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин. В письме также описана процедура подачи апелляции.

**Сроки принятия стандартного решения о покрытии лекарства, которое вы еще не получили**

- Если мы рассматриваем ваш запрос в стандартные сроки, мы должны дать ответ в течение 72 часов после получения 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 направим ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией (IRO).
- Если мы дадим **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы предоставим вам покрытие в течение 72 часов с момента получения вашего запроса или обоснования запроса на исключение от вашего врача.
- Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин. В письме также описана процедура подачи апелляции.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

**Сроки принятия стандартного решения о покрытии уже приобретенного вами лекарства**

- Мы должны ответить вам в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса.
- В случае несоблюдения нами указанного срока мы направим ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией (IRO).
- Если мы дадим **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы возместим ваши расходы в течение 14 календарных дней.
- **Если** мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин. В письме также описана процедура подачи апелляции.

## G5. Подача апелляции 1-го уровня

Другое название апелляции в наш план страхования на решение о покрытии лекарства по программе Medicare Part D — **«пересмотр».**

- Чтобы начать процесс **стандартной апелляции** или **апелляции с ускоренным рассмотрением**, позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY:711), напишите по почте или по факсу. Сделать это можете вы сами, ваш представитель или ваш врач (или другое лицо, выписавшее вам рецепт). Укажите ваше имя, контактные данные и сведения о вашей апелляции.
- Срок подачи апелляции составляет **65 календарных дней** с даты письма, уведомляющего вас о нашем решении.
- Если вы пропустили срок по уважительной причине, мы можем дать вам дополнительное время для подачи апелляции. Примеры уважительных причин: вы тяжело болели или мы сообщили вам неверную информацию о том, в какие сроки можно подать апелляцию. Объясните причину, по которой вы не подали апелляцию в срок.
- Вы имеете право попросить у нас бесплатные копии документов, имеющих отношение к вашей апелляции. Вы и ваш врач также можете предоставить нам больше информации в поддержку вашей апелляции.

**Если этого требует состояние вашего здоровья, запросите апелляцию по ускоренной процедуре.**

Другое название срочной апелляции — **«ускоренный пересмотр».**

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Если вы подаете апелляцию на принятое нами решение о покрытии лекарства, еще не полученного вами, вам и вашему врачу или другому лицу, выписавшему вам рецепт, необходимо решить, нужна ли вам апелляция с ускоренным рассмотрением.
- Требования для подачи апелляции с ускоренным рассмотрением такие же, что и для срочного решения о страховом покрытии. Дополнительную информацию см. в **разделе G4**.

Мы рассматриваем вашу апелляцию и даем вам ответ.

- При рассмотрении вашей апелляции мы еще раз внимательно изучаем всю информацию о вашем запросе на покрытие.
- Мы выясним, были ли соблюдены правила при **отказе** по вашему запросу.
- Мы можем связаться с вами, вашим врачом или с другим лицом, выписавшим вам рецепт, чтобы выяснить дополнительную информацию.

**Сроки ускоренного рассмотрения апелляции 1-го уровня**

- 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 мы не предоставим вам ответ в течение 72 часов, мы должны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса. После этого рассмотрением вашего вопроса будет заниматься независимая экспертная организация (IRO). Информацию об экспертной организации и 2-м уровне апелляционного процесса см. в **разделе G6**.
- Если мы дадим **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы должны предоставить соответствующее покрытие в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции.
- Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин и описанием процедуры подачи апелляции.

**Стандартные сроки рассмотрения апелляции 1-го уровня**

- При стандартном рассмотрении мы должны предоставить вам ответ **в течение 7 календарных дней** с момента получения вашей апелляции по поводу лекарственного препарата, который вы не получили.
- Мы предоставим вам наше решение раньше, если вы еще не получили лекарство и этого требует состояние вашего здоровья. Если вы считаете, что состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите нас провести ускоренное рассмотрение вашей апелляции.

- Если мы не предоставим вам решение в течение 7 календарных дней, мы должны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса. После этого рассмотрением вашего вопроса будет заниматься независимая экспертная организация (IRO). Информацию об экспертной организации и 2-м уровне апелляционного процесса см. в **разделе G6**.

Если мы дадим **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса:

- Мы должны **предоставить соответствующее покрытие** как можно скорее, насколько это позволяет ваше состояние здоровья, но **не позднее 7 календарных дней** с момента получения вашей апелляции.
- Мы должны **возместить расходы** на уже приобретенное вами лекарство **в течение 30 календарных дней** с момента получения вашей апелляции.

Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса:

- Мы отправим вам письмо с объяснением причин и описанием процедуры подачи апелляции.
- Мы должны предоставить вам ответ о возмещении расходов на уже приобретенное вами лекарство **в течение 14 календарных дней** с момента получения вашей апелляции.
  - Если мы не предоставим вам решение в течение 14 календарных дней, мы должны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса. После этого рассмотрением вашего вопроса будет заниматься независимая экспертная организация (IRO). Информацию об экспертной организации и 2-м уровне апелляционного процесса см. в **разделе G6**.
- Если мы дадим **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы должны возместить ваши расходы в течение 30 календарных дней с момента получения вашего запроса.
- Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин и описанием процедуры подачи апелляции.

## G6. Подача апелляции 2-го уровня

Если мы дадим **отрицательный ответ** по вашей апелляции 1-го уровня, вы можете принять наше решение или подать еще одну апелляцию. Если вы решите подать еще одну апелляцию, вы перейдете на 2-й уровень апелляционного процесса. **Независимая экспертная организация (IRO)** рассматривает наше решение, если мы даем **отрицательный ответ** по вашей первой апелляции. Эта организация решает, следует ли нам изменить решение.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Официальное название независимой экспертной организации (IRO) — **независимый экспертный субъект**, иногда называемый **«IRE»**.

Чтобы подать апелляцию 2-го уровня, вы, ваш представитель, ваш врач или другое лицо, выписавшее вам рецепт, должны связаться с независимой экспертной организацией (IRO) **в письменной форме** и подать запрос на пересмотр вашего случая.

- Если мы даем **отрицательный ответ** по вашей апелляции 1-го уровня, мы отправим вам письмо с **инструкцией о порядке подачи апелляции 2-го уровня** в независимую экспертную организацию (IRO). В инструкции содержится информация о том, кто может подавать апелляцию 2-го уровня, в какие сроки это следует сделать и как связаться с организацией.
- Если вы подадите апелляцию в независимую экспертную организацию (IRO), мы отправим им всю имеющуюся у нас информацию о вашей апелляции. Эти сведения называются «материалами по делу». **Вы имеете право получить бесплатную копию материалов вашего дела.** Если вам нужна помощь с запросом бесплатной копии материалов вашего дела, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-833-236-2366 (TTY:711).
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации (IRO) дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

Независимая экспертная организация (IRO) рассмотрит вашу апелляцию 2-го уровня в отношении препаратов по программе Medicare Part D и предоставит вам письменный ответ. Более подробную информацию о независимой экспертной организации (IRO) см. в **разделе F4**.

**Сроки ускоренного рассмотрения апелляции 2-го уровня**

Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите независимую экспертную организацию (IRO) провести ускоренное рассмотрение вашей апелляции.

- Если они согласятся рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке, они должны предоставить вам ответ **в течение 72 часов** после получения запроса на апелляцию.
- Если они дают **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы должны предоставить одобренное покрытие лекарства **в течение 24 часов** после получения решения от независимой экспертной организации (IRO).

**Стандартные сроки рассмотрения апелляции 2-го уровня**

Если вы подаете стандартную апелляцию 2-го уровня, независимая экспертная организация (IRO) должна предоставить вам ответ:

- **в течение 7 календарных дней** после получения апелляции по поводу лекарства, которое вы не получили;
- **в течение 14 календарных дней** после получения апелляции по поводу возмещения расходов на уже приобретенное вами лекарство.

Если независимая экспертная организация (IRO) даст **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса:

- Мы должны предоставить одобренное покрытие лекарства **в течение 72 часов** с момента получения решения от независимой экспертной организации (IRO).
- Мы должны возместить вам расходы на уже приобретенное вами лекарство в течение 30 календарных дней с момента получения решения от независимой экспертной организации (IRO).
- Если независимая экспертная организация (IRO) дает **отрицательный ответ** по вашей апелляции, это значит, что она согласна с нашим решением. Это называется «поддержанием решения» или «отклонением апелляции».

Если независимая экспертная организация (IRO) дает **отрицательный ответ** по вашей апелляции 2-го уровня, у вас есть право подать апелляцию 3-го уровня, если стоимость запрашиваемого вами лекарства в долларовом выражении соответствует минимальной стоимости в долларовом выражении. Если стоимость запрашиваемого вами лекарства в долларовом выражении меньше необходимого минимума, вы не можете подать еще одну апелляцию. В этом случае решение по апелляции 2-го уровня является окончательным. Независимая экспертная организация (IRO) направит вам письмо, в котором указана минимальная стоимость в долларовом выражении, которая необходима для подачи апелляции 3-го уровня.

Если стоимость запрашиваемого вами лекарства в долларовом выражении соответствует требованию, вы должны решить, желаете ли вы продолжить апелляционный процесс.

- После 2-го уровня предусмотрено еще три дополнительных уровня апелляционного процесса.
- Если независимая экспертная организация (IRO) дает **отрицательный ответ** по вашей апелляции 2-го уровня и вы соответствуете требованию для продолжения апелляционного процесса, вам следует:
  - Решить, хотите ли вы подать апелляцию 3-го уровня.
  - Более подробная информация о процедуре подачи апелляции 3-го уровня будет приведена в письме, отправленном независимой экспертной организацией (IRO) после рассмотрения вашей апелляции 2-го уровня.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Апелляциями 3-го уровня занимается судья ALJ или уполномоченный третейский судья. Подробная информация об апелляциях 3-го, 4-го и 5-го уровня приведена в **разделе J**.

## H. Обращение с просьбой покрыть продленное пребывание в больнице

При поступлении в больницу вы имеете право на получение всех покрываемых услуг больницы, которые требуются для диагностики и лечения вашей болезни или травмы. Более подробную информацию о покрытии стационарного лечения, доступном в рамках нашего плана, см. в **разделе D главы 4** *Справочника участника плана*.

На протяжении всего вашего пребывания в больнице в рамках страхового покрытия ваш врач и сотрудники больницы будут готовить вас ко дню выписки. Они также помогут организовать уход, который может понадобиться вам после выписки.

- День, когда вы покидаете больницу, называется «датой выписки».
- О дне выписки вам сообщает ваш врач или сотрудник больницы.

Если вы считаете, что вас просят покинуть больницу преждевременно, или вас беспокоит вопрос о вашем обслуживании после выписки, вы можете попросить продлить ваше пребывание в больнице. В этом разделе рассказывается, как это сделать.

Помимо подачи апелляций, рассмотренных в данном **разделе H**, вы также можете подать в департамент DMHC жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы по поводу дальнейшего пребывания в больнице. Информацию о том, как подать в департамент DMHC жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы, см. в **разделе F4**. Вы можете подать запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в дополнение к апелляции 3-го уровня или вместо нее.

### H1. Информация о ваших правах как участника программы Medicare

В течение двух дней после вашей госпитализации кто-то в больнице, например, медицинская сестра или социальный работник, вручит вам письменное уведомление под названием «Важное сообщение от администрации программы Medicare о ваших правах». Все участники программы Medicare получают копию этого уведомления при поступлении в больницу.

Если вы не получили это уведомление, попросите его у любого сотрудника больницы. Если вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы. Вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно и без выходных. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Внимательно **прочитайте уведомление** и задайте вопросы, если вам что-то неясно. Уведомление содержит информацию о ваших правах как пациента больницы, включая право:
  - Получать во время пребывания в больнице и после выписки покрываемое программой Medicare обслуживание. у вас также есть право знать, какие это услуги, кто будет их оплачивать и где вы можете их получить;
  - Участвовать в принятии решений о длительности вашего пребывания в больнице.
  - Знать о том, как сообщать о любых сомнениях в качестве помощи, которую вы получаете в больнице.
  - Подавать апелляцию по поводу решения о выписке из больницы, если вы считаете, что вас выписывают слишком рано.
- **Подпишите уведомление** в подтверждение того, что вы его получили и понимаете свои права.
  - Уведомление можете подписать вы или лицо, действующее от вашего имени.
  - Подписание уведомления подтверждает **только** факт ознакомления с информацией о ваших правах. Подписание **не** означает, что вы согласны с датой выписки, которую вам мог назвать ваш врач или сотрудники больницы.
- **Сохраните вашу копию** подписанного уведомления. В ней вы сможете найти необходимую вам информацию.

Если вы подписали уведомление более чем за два дня до даты вашей выписки из больницы, вы получите еще один экземпляр перед выпиской.

Чтобы посмотреть копию данного уведомления заранее, вы можете:

- Позвонить в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы
- Звоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Посетить веб-сайт www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

## H2. Подача апелляции 1-го уровня

Если вы хотите, чтобы мы покрывали услуги пребывания в больнице в течение большего количества времени, подайте апелляцию. Организация повышения качества обслуживания (QIO) рассмотрит апелляцию 1-го уровня, чтобы проверить, оправдана ли с медицинской точки зрения назначенная вам дата выписки.

Организация QIO представляет собой группу врачей и других медицинских специалистов, услуги которых оплачиваются федеральным правительством. Эти эксперты выполняют проверку качества обслуживания участников программы Medicare и помогают повысить качество работы. Эти эксперты не являются частью нашего плана.

В штате California в качестве Организации повышения качества обслуживания (QIO) выступает Livanta. Позвоните по номеру 1-877-588-1123 (TTY: 711). Контактные данные также представлены в уведомлении под названием «Важное сообщение о ваших правах от Medicare» и в **главе 2.**

**Позвонить в организацию QIO нужно до того, как вы покинете больницу, и не позднее запланированной даты выписки.**

- **Если вы позвоните до того, как покинете больницу**, вы сможете остаться в стационаре после запланированной даты выписки бесплатно, пока вы ждете принятия решения по вашей апелляции от организации QIO.
- **Если вы не позвоните, чтобы подать апелляцию**, и решите остаться в больнице после запланированной даты выписки, вам, возможно, придется оплатить все расходы на стационарное лечение, которое вы получите после запланированной даты выписки.
- Поскольку пребывание в больнице покрывают обе программы — и Medicare, и Medi-Cal, если Организация повышения качества обслуживания не рассмотрит ваш запрос на продление пребывания в больнице или вы считаете, что у вас срочная ситуация и существует непосредственная и серьезная угроза для вашего здоровья, либо вы испытываете сильную боль, вы можете также подать жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в департамент DMHC штата California. Информацию о том, как подать в департамент DMHC жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы, см. в **разделе F4**.

**Если вам нужна помощь, обращайтесь за ней**. Если у вас есть вопросы или вам необходима помощь:

- Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы.

- Позвоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) в штате California по номеру 1-800-434-0222.

**Попросите рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке**. Действуйте быстро и свяжитесь с организацией QIO для подачи запроса о проведении срочного пересмотра вашей выписки из больницы.

Юридический термин для **«срочного пересмотра»** — **«незамедлительный пересмотр»** или **«ускоренный пересмотр».**

**Как проходит процедура срочного пересмотра**

- Специалисты по пересмотру в организации QIO спросят вас или вашего представителя, почему вы считаете, что страховое покрытие необходимо продлить после запланированной даты выписки. Вы не обязаны, но можете предоставить письменное заявление.
- Специалисты по пересмотру также проанализируют вашу медицинскую документацию, поговорят с вашим врачом и изучат информацию, предоставленную больницей и нашим планом.
- К полудню дня, следующего за тем, когда эксперты сообщат нашему плану о вашей апелляции, вы получите письменное уведомление. В письме также приводятся причины, по которым ваш врач, больница и мы считаем, что именно эта дата выписки является для вас оправданной с медицинской точки зрения.

В юридической практике такое письменное разъяснение называется **«подробным уведомлением о выписке».** Вы можете получить образец этого уведомления, обратившись в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы, или по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. (Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.) Вы также можете ознакомиться с образцом уведомления в Интернете по адресу: www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Организация QIO предоставит вам ответ на вашу апелляцию в течение суток после получения всей необходимой информации.

Если организация QIO даст **положительный ответ** по вашей апелляции:

- Мы будем предоставлять покрываемые услуги стационарного лечения в течение периода, пока они необходимы вам по медицинским показаниям.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Если организация QIO даст **отрицательный ответ** по вашей апелляции:

- Они согласны с тем, что запланированная дата вашей выписки обоснована с медицинской точки зрения.
- Наше покрытие ваших услуг стационарного лечения закончится в полдень дня, следующего за датой предоставления вам ответа на вашу апелляцию организацией QIO.
- Возможно, вам придется оплатить все расходы на больничный уход, полученный после полудня дня, следующего за датой предоставления вам ответа на вашу апелляцию организацией QIO.
- Если организация QIO отклонила вашу апелляцию 1-го уровня **и при этом** вы остались в больнице после запланированной даты выписки, вы можете подать апелляцию 2-го уровня.

## H3. Подача апелляции 2-го уровня

Во время рассмотрения апелляции 2-го уровня вы направляете в организацию QIO запрос о повторном рассмотрении решения, принятого ею по вашей апелляции 1-го уровня. Позвоните по номеру 1-877-588-1123 (TTY: 711).

Вы обязаны подать запрос о таком пересмотре **в течение 60 календарных дней** после даты **отклонения** организацией QIO 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.

Специалисты организации QIO:

- Еще раз тщательно ознакомятся со всей информацией, имеющей отношение к вашей апелляции.
- Сообщат вам о своем решении по вашей апелляции 2-го уровня в течение 14 календарных дней с момента получения вашего запроса о проведении повторного пересмотра.

Если организация QIO даст **положительный ответ** по вашей апелляции:

- Мы должны возместить вам нашу долю расходов на стационарное лечение, полученное вами с полудня дня, следующего за датой отклонения организацией QIO вашей апелляции 1-го уровня.
- Мы будем предоставлять покрываемые услуги стационарного лечения в течение периода, пока они необходимы вам по медицинским показаниям.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Если организация QIO даст **отрицательный ответ** по вашей апелляции:

- Они согласны с решением в отношении апелляции 1-го уровня и не изменят его.
- Они направят вам письмо с описанием действий, которые необходимо предпринять, если вы хотите продолжить апелляционный процесс и подать апелляцию 3-о уровня.
- Вы можете также подать в департамент DMHC жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы для дальнейшего пребывания в больнице. Информацию о том, как подать в департамент DMHC жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы, см. в **разделе F4**.

Апелляциями 3-го уровня занимается судья ALJ или уполномоченный третейский судья. Подробная информация об апелляциях 3-го, 4-го и 5-го уровня приведена в **разделе J**.

## I. Запрос на продолжение покрытия определенных медицинских услуг

В этом разделе представлены сведения только о трех типах услуг, которые вы, возможно, получаете:

- услуги по медицинскому обслуживанию на дому,
- квалифицированный сестринский уход в соответствующем учреждении, **а также**
- услуги по реабилитации, которые вы получаете амбулаторно в одобренном программой Medicare центре CORF. Как правило, это означает, что вы получаете лечение по поводу болезни или травмы либо восстанавливаетесь после обширного оперативного вмешательства.

В отношении любого из этих трех типов услуг вы имеете право получать покрываемые услуги до тех пор, пока врач считает, что вы в них нуждаетесь.

Если мы решим прекратить покрытие какого-либо из этих видов услуг, мы должны будем известить вас об этом **до** окончания предоставления услуг. После окончания покрытия этой услуги мы перестанем ее оплачивать.

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.

## I1. Предварительное уведомление до окончания вашего покрытия

Мы направим вам письменное уведомление, которые вы получите как минимум за два дня до прекращения нами покрытия вашего медицинского обслуживания. Этот документ называется «Уведомление о прекращении страхового покрытия по программе Medicare». В уведомлении будет указана дата прекращения покрытия вашего медицинского обслуживания и порядок подачи апелляции на наше решение.

Вы или ваш представитель должны подписать уведомление, чтобы подтвердить получение. Подписание уведомления подтверждает **только** факт ознакомления с информацией. Подписание **не** означает, что вы согласны с нашим решением.

## I2. Подача апелляции 1-го уровня

Если вы считаете, что мы собираемся прекратить страховое покрытие слишком рано, вы можете подать апелляцию на наше решение. В этом разделе содержатся сведения о процедуре апелляции 1-го уровня и необходимых действиях.

- **Не нарушайте сроки.** Соблюдение сроков имеет важное значение. Поймите и соблюдайте предельные сроки, которые применяются к действиям, которые вы должны выполнять. Наш план также должен соблюдать сроки. Если вы считаете, что мы не соблюдаем установленные сроки, вы можете подать жалобу. Более подробную информацию о жалобах см. в **разделе K**.
- **Если вам нужна помощь, обращайтесь за ней.** Если у вас есть вопросы или вам необходима помощь:
  - Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы.
  - Позвоните HICAP по номеру 1-800-434-0222.
- **Обратитесь в организацию QIO.**
  - Более подробную информацию о QIO и способах связи с ней см. в **разделе H2** или в **главе 2** *Справочника участника плана*.
  - Попросите их рассмотреть вашу апелляцию и решить, есть ли необходимость в изменении нашего решения.
- **Действуйте быстро и подайте запрос на ускоренное рассмотрение апелляции**. Уточните в организации QIO, обосновано ли с медицинской точки зрения решение о прекращении покрытия ваших медицинских услуг.

**Срок обращения в эту организацию**

- Вы должны обратиться в организацию QIO для начала апелляционного процесса к полудню дня, предшествующего началу действия полученного вами Уведомления о прекращении страхового покрытия по программе Medicare.
- Если Организация повышения качества обслуживания не рассмотрит ваш запрос на продление покрытия медицинского обслуживания или вы считаете, что у вас срочная ситуация и существует непосредственная и серьезная угроза для вашего здоровья, либо испытываете сильную боль, вы можете также подать жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в департамент DMHC штата California. Информацию о том, как подать в департамент DMHC жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы, см. в **разделе F4**.

Юридический термин для этого письменного уведомления — **«Уведомление о прекращении страхового покрытия по программе Medicare».** Чтобы получить образец этого уведомления, обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы, или позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Копия также доступна онлайн на веб-сайте www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

**Что происходит при ускоренном рассмотрении апелляции**

- Специалисты по пересмотру в организации QIO спросят вас или вашего представителя, почему вы считаете, что страховое покрытие услуг необходимо продлить. Вы не обязаны, но можете предоставить письменное заявление.
- Специалисты по пересмотру также проанализируют вашу медицинскую документацию, поговорят с вашим врачом и изучат предоставленную нашим планом информацию.
- Наш план также направляет вам письменное уведомление с объяснением причин прекращения нашего покрытия получаемых вами услуг. Вы получите уведомление до конца дня, в который специалисты по пересмотру сообщат нам о вашей апелляции.

Юридический термин для письменного объяснения — **«Подробное объяснение прекращения страхового покрытия»**.

- Специалисты по пересмотру сообщат вам о своем решении в течение суток с момента получения всей необходимой информации.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Если организация QIO даст **положительный ответ** по вашей апелляции:

- Мы продолжим покрывать услуги в течение периода, пока они необходимы вам по

медицинским показаниям.

Если организация QIO даст **отрицательный ответ** по вашей апелляции:

- Покрытие получаемых вами услуг прекращается в установленную нами дату.
- Мы прекращаем оплачивать расходы на это обслуживание в дату, указанную в уведомлении.
- Если вы решите продолжить получать медицинское обслуживание на дому, услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода или центра комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) после дня прекращения страхового покрытия, вы должны будете полностью оплатить это обслуживание самостоятельно.
- Вы должны решить, хотите ли вы продолжить получать эти услуги и подать апелляцию 2-го уровня.

## I3. Подача апелляции 2-го уровня

Во время рассмотрения апелляции 2-го уровня вы направляете в организацию QIO запрос о повторном рассмотрении решения, принятого ею по вашей апелляции 1-го уровня. Позвоните по номеру 1-877-588-1123 (TTY: 1-866-868-2289).

Вы обязаны подать запрос о таком пересмотре **в течение 60 календарных дней** после даты **отклонения** организацией QIO вашей апелляции 1-го уровня. Вы можете запросить пересмотр решения, **только** если продолжаете получать обслуживание после даты окончания его страхового покрытия.

Специалисты организации QIO:

- Еще раз тщательно ознакомятся со всей информацией, имеющей отношение к вашей апелляции.
- Сообщат вам о своем решении по вашей апелляции 2-го уровня в течение 14 календарных дней с момента получения вашего запроса о проведении повторного пересмотра.

Если организация QIO даст **положительный ответ** по вашей апелляции:

- Мы возместим вам расходы на оплату лечения, которое вы получили с того дня, в который страховое покрытие должно было закончиться согласно нашему прежнему решению.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Мы будем предоставлять страховое покрытие вашего обслуживания в течение периода,

пока оно необходимо вам по медицинским показаниям.

Если организация QIO даст **отрицательный ответ** по вашей апелляции:

- Они согласны с нашим решением прекратить ваше обслуживание и не изменят его.
- Они направят вам письмо с описанием действий, которые необходимо предпринять, если вы хотите продолжить апелляционный процесс и подать апелляцию 3-о уровня.
- Вы можете подать в департамент DMHC жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы для дальнейшего страхового покрытия оказываемых вам медицинских услуг. Информацию о том, как подать в департамент DMHC запрос на проведение независимой медицинской экспертизы, см. в **разделе F4**. Вы можете подать жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в департамент DMHC в дополнение к апелляции 3-го уровня или вместо нее.

Апелляциями 3-го уровня занимается судья ALJ или уполномоченный третейский судья. Подробная информация об апелляциях 3-го, 4-го и 5-го уровня приведена в **разделе J**.

## J. Продолжение апелляционного процесса после уровня 2

### J1. Что можно предпринять дальше, когда речь идет об услугах и товарах, покрываемых по программе Medicare

Если вы подадите апелляцию 1-го уровня и апелляцию 2-го уровня в отношении услуг и товаров в рамках Medicare и обе ваши апелляции будут отклонены, вы можете претендовать на подачу апелляций дальнейших уровней.

Если стоимость (в долларовом выражении) услуги или товара в рамках Medicare, в отношении которых вы подали апелляцию, не соответствует определенной минимальной стоимости в долларовом выражении, вы не можете подавать дальнейшие апелляции. Если стоимость в долларовом выражении достаточно высока, вы можете продолжить апелляционный процесс. В письме, которое вы получите от независимой экспертной организации (IRO) по поводу апелляции 2-го уровня, разъясняется, к кому следует обращаться и как подавать апелляцию 3-го уровня.

**Апелляция третьего уровня**

На 3-м уровне рассмотрение апелляции представляет собой слушание, которое проводит судья ALJ. Решение принимается судьей ALJ или уполномоченным третейским судьей, работающим на федеральное правительство.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

Если судья ALJ или уполномоченный третейский судья дает **положительный ответ** по вашей апелляции, у нас есть право обжаловать решение по апелляции 3-го уровня, принятое в вашу пользу.

- 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 услугу.
- Если мы решим **не подавать апелляцию** по поводу решения, мы должны будем разрешить предоставление услуги или предоставить ее вам в течение 60 календарных дней после получения решения судьи ALJ или уполномоченного третейского судьи.
  - Если судья ALJ или уполномоченный третейский судья дает **отрицательный ответ** по вашей апелляции, апелляционный процесс может быть продолжен.
- Если вы решите **согласиться** с решением об отклонении вашего запроса, апелляционный процесс завершается.
- Если вы решите **не соглашаться** с решением об отклонении вашего запроса, вы можете перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

**Апелляция четвертого уровня**

Апелляционный совет Medicare (Совет) рассмотрит вашу апелляцию и предоставит вам ответ. Совет входит в состав федерального правительства.

Если Совет **одобряет** вашу апелляцию 4-го уровня или отклоняет наш запрос на пересмотр решения по апелляции 3-го уровня, принятого в вашу пользу, у нас есть право подать апелляцию 5-го уровня.

- Если мы решим **подать апелляцию** по поводу решения, мы сообщим вам об этом в письменной форме.
- Если мы решим **не подавать апелляцию** по поводу решения, мы должны будем разрешить предоставление услуги или предоставить ее вам в течение 60 календарных дней после получения решения Совета.

Если Совет **отказывает** или отклоняет наш запрос на пересмотр, апелляционный процесс может быть продолжен.

- Если вы решите **согласиться** с решением об отклонении вашего запроса, апелляционный процесс завершается.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Если вы решите **не соглашаться** с решением об отклонении вашего запроса, у вас может быть возможность перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. В полученном вами уведомлении будет указано, можете ли вы подать апелляцию 5-го уровня и что нужно для этого сделать.

**Апелляция пятого уровня**

- Судья Федерального окружного суда рассмотрит вашу апелляцию и всю соответствующую информацию и предоставит **положительный** или **отрицательный ответ**. Данное решение является окончательным. Федеральный окружной суд является последним уровнем подачи апелляции.

## J2. Дополнительные уровни подачи апелляции Medi-Cal

У вас также есть другие права на апелляцию, если ваша апелляция касается услуг или товаров, обычно покрываемых в рамках Medi-Cal. В письме, которое вы получите от отдела по рассмотрению органами власти, будет указано, что вы можете предпринять, если пожелаете продолжить апелляционный процесс.

## J3. 3-й, 4-й и 5-й уровни апелляции по поводу запросов на лекарства по программе Medicare Part D

Этот раздел может быть вам полезен, если вы уже подавали запросы на обжалование первого и второго уровня, и оба эти запроса были отклонены.

Если стоимость лекарства, по поводу которого подавалась апелляция, достигает определенной суммы в долларах, вы можете подавать апелляции дальнейших уровней. В письменном ответе на вашу апелляцию 2-го уровня разъясняется, к кому следует обращаться и как подавать апелляцию 3-го уровня.

**Апелляция третьего уровня**

На 3-м уровне рассмотрение апелляции представляет собой слушание, которое проводит судья ALJ. Решение принимается судьей ALJ или уполномоченным третейским судьей, работающим на федеральное правительство.

Если судья ALJ или уполномоченный третейский судья дает **положительный** ответ по вашей апелляции:

- Апелляционный процесс завершается.

- Мы обязуемся авторизовать или предоставить одобренное покрытие лекарства в течение 72 часов (или 24 часов в случае рассмотрения апелляции в ускоренном порядке) либо совершить оплату в течение 30 календарных дней после получения решения.

Если судья ALJ или уполномоченный третейский судья дает **отрицательный ответ** по вашей апелляции, апелляционный процесс может быть продолжен.

- Если вы решите **согласиться** с решением об отклонении вашего запроса, апелляционный процесс завершается.

- Если вы решите **не соглашаться** с решением об отклонении вашего запроса, вы можете перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

**Апелляция четвертого уровня**

Совет рассмотрит вашу апелляцию и предоставит вам ответ. Совет входит в состав федерального правительства. Если Совет даст **положительный ответ** по вашей апелляции:

- Апелляционный процесс завершается.

- Мы обязуемся авторизовать или предоставить одобренное покрытие лекарства в течение 72 часов (или 24 часов в случае рассмотрения апелляции в ускоренном порядке) либо совершить оплату в течение 30 календарных дней после получения решения.

Если Совет вынесет **отрицательное решение** по вашей апелляции, апелляционный процесс может быть продолжен.

- Если вы решите **согласиться** с решением об отклонении вашего запроса, апелляционный процесс завершается.

- Если вы решите **не соглашаться** с решением об отклонении вашего запроса, у вас может быть возможность перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. В полученном вами уведомлении будет указано, можете ли вы подать апелляцию 5-го уровня и что нужно для этого сделать.

**Апелляция пятого уровня**

- Судья Федерального окружного суда рассмотрит вашу апелляцию и всю соответствующую информацию и предоставит **положительный** или **отрицательный ответ**. Данное решение является окончательным. Федеральный окружной суд является последним уровнем подачи апелляции.

# K. Процедура подачи жалобы

## K1. В случае каких проблем нужно подавать жалобы

Процедура подачи жалоб используется только для определенных типов проблем, в частности, в отношении качества медицинского обслуживания, времени ожидания, координации медицинского обслуживания и обслуживания клиентов. Ниже приведены примеры проблем, которые рассматриваются посредством подачи жалоб.

| Жалоба | Пример |
|---|---|
| **Качество медицинского обслуживания** | • Вы недовольны качеством медицинского обслуживания, включая обслуживание, которое вы получали в стационаре. |
| **Соблюдение конфиденциальности** | • Вы считаете, что кто-то не уважал ваше право на неприкосновенность частной жизни или раскрыл конфиденциальную информацию о вас. |
| **Неуважение, плохое обслуживание клиентов или другое неподобающее поведение** | • Поставщик медицинских услуг или персонал проявили по отношению к вам грубость или неуважение.<br>• Наши сотрудники плохо с вами обращались.<br>• Вы считаете, что вас заставляют выйти из нашего плана. |
| **Доступ для лиц с ограниченными возможностями и языковое сопровождение** | • Вы не можете попасть в медицинское учреждение или в кабинет врача, поскольку ваши физические возможности ограничены.<br>• Ваш врач или поставщик услуг не предоставляют услуги переводчика с языка (отличного от английского), на котором вы говорите (например, американский жестовый язык или испанский язык).<br>• Ваш поставщик услуг не предоставляет адекватные удобства, в которых вы нуждаетесь и о которых просите. |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

| Жалоба | Пример |
|---|---|
| **Время ожидания** | • Вам трудно договориться о времени приема у врача или вам приходится слишком долго ждать, пока вам назначат время приема. |
| | • Врачи, фармацевты или другие медицинские специалисты, сотрудники отдела обслуживания участников плана или другие сотрудники плана заставляют вас долго ждать. |
| **Чистота** | • Клиника, больница или кабинет врача кажутся вам недостаточно чистыми. |
| **Информация, которую вы получаете от нас** | • Вы считаете, что мы не прислали вам уведомление или письмо, которое вы должны были получить. |
| | • Вы считаете, что письменная информация, которую мы вам прислали, слишком сложна для понимания. |
| **Своевременность в отношении решений о страховом покрытии или апелляций** | • Вы полагаете, что мы не соблюдаем установленные сроки принятия решения о страховом покрытии или ответа на вашу апелляцию.<br>• Вы полагаете, что после получения решения о страховом покрытии или апелляции в вашу пользу мы не соблюдаем установленные сроки одобрения или предоставления вам услуги либо возмещения расходов на определенные медицинские услуги.<br>• Вы считаете, что мы отослали ваше дело в независимую экспертную организацию (IRO) позднее, чем требовалось. |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

**Жалобы бывают различных типов**. Вы можете подать внутреннюю жалобу и/или внешнюю жалобу. Внутренняя жалоба подается в наш план и рассматривается им. Внешняя жалоба подается в организацию, не связанную с нашим планом, и рассматривается ее представителями. Если вам нужна помощь с подачей жалобы в наш план или в другую организацию, вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, напечатанному в нижней части этой страницы.

Юридический термин для жалобы — **«претензия»**.

Юридический термин для фразы «подача жалобы» — **«предъявление претензии»**.

## K2. Внутренние жалобы

Чтобы подать внутреннюю жалобу, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Если ваша жалоба не касается лекарства по программе Medicare Part D, вы можете подать ее в любое время. Если жалоба касается лекарства, покрываемого по программе Medicare Part D, вы должны подать ее **в течение 60 календарных дней** после того, как у вас возникла соответствующая проблема.

- Если нужно сделать еще что-то, отдел обслуживания участников плана вам об этом сообщит.
- Кроме того, вы можете подать жалобу в письменном виде. Если жалоба будет изложена в письменном виде, мы дадим на нее ответ также в письменном виде.
- Если вы запрашиваете ответ в письменном виде, мы отвечаем вам письмом. Если вы подаете жалобу (претензию) в письменном виде либо ваша жалоба связана с качеством медицинского обслуживания, мы предоставим вам ответ в письменном виде.
- В течение 5 календарных дней мы сообщим вам письмом, что получили вашу жалобу.

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. В некоторых случаях вы имеете право просить об ускоренном рассмотрении вашей жалобы. Это процедура называется процедурой ускоренного рассмотрения жалобы. 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 Medicare Part D.
- Мы ответили отказом на запрос об ускоренном рассмотрении апелляции по поводу отказа в покрытии медицинского обслуживания или лекарства по программе Medicare Part D.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

  - 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.
- Жалобу по поводу лекарств, покрываемых по программе Medicare Part D, нужно подавать в течение 60 календарных дней с момента возникновения оснований для жалобы. Все другие типы жалоб должны быть поданы нам или поставщику медицинских услуг в любое время с момента возникновения происшествия или действия, которое вызвало у вас недовольство.
- Если вы жалуетесь на то, что мы отказали вам в ускоренном рассмотрении запроса на решение о страховом покрытии, или на отказ в ускоренном рассмотрении апелляции, ваша жалоба автоматически получает статус «ускоренной» жалобы и рассматривается в ускоренном порядке; ответ вы получаете в течение 24 часов.

**Юридический термин** для «ускоренного рассмотрения жалобы» — **«рассмотрение претензии в ускоренном порядке»**.

При возможности мы ответим вам незамедлительно. Если вы обращаетесь к нам с жалобой по телефону, мы можем дать ответ в течение разговора. Мы постараемся дать ответ как можно быстрее, если того требует состояние вашего здоровья.

- На большинство жалоб мы отвечаем в течение 30 календарных дней. Если мы не примем решение в течение 30 календарных дней, поскольку нам нужна дополнительная информация, мы сообщим вам об этом в письменном виде. Мы также сообщим вам, на каком этапе находится рассмотрение вашей жалобы и когда мы предполагаем принять решение.
- Если вы жалуетесь на то, что мы отказали вам в ускоренном рассмотрении запроса на решение о страховом покрытии, или на отказ в ускоренном рассмотрении апелляции, ваша жалоба автоматически получает статус «срочной» и рассматривается в ускоренном порядке; ответ вы получаете в течение 24 часов.
- Если вы жалуетесь на то, что мы использовали дополнительное время для рассмотрения запроса на решение о страховом покрытии, или на отказ в ускоренном рассмотрении апелляции, ваша жалоба автоматически получает статус «срочной» и рассматривается в ускоренном порядке; ответ вы получаете в течение 24 часов.

Если мы не согласны со всей вашей жалобой или ее частью, мы сообщим вам об этом и объясним причины нашего решения. Мы ответим независимо от того, согласны мы с жалобой или нет.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

## K3. Жалобы в другие организации

**Программа Medicare**

Вы можете сообщить о своей жалобе и направить ее в программу Medicare. Форма подачи жалобы Medicare есть на веб-сайте: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Вам не нужно подавать жалобу в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) перед подачей жалобы в Medicare.

Программа Medicare серьезно относится к вашим жалобам и использует эту информацию для улучшения качества обслуживания в рамках программы Medicare.

Если у вас есть другие пожелания и предложения или вы считаете, что план страхования не решает вашу проблему, вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Звонок бесплатный.

**Программа Medi-Cal**

**Вы можете подать жалобу омбудсмену в рамках программы Medi-Cal Managed Care Департамента здравоохранения (DHCS) штата California, позвонив по номеру 1-888-452-8609. При использовании TTY набирайте 711. Звоните с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m.**

Вы можете подать жалобу в Департамент управляемого медицинского обслуживания (DMHC) штата California. Департамент DMHC регулирует работу планов медицинского страхования. Вы можете обратиться в Справочный центр департамента DMHC за помощью при подаче жалоб на услуги, покрываемые в рамках программы Medi-Cal. По несрочным вопросам вы можете подать жалобу в департамент DMHC, если вы не согласны с решением по вашей апелляции 1-го уровня или если план не удовлетворил вашу жалобу по истечении 30 календарных дней. Однако вы можете обратиться в департамент DMHC без подачи апелляции 1-го уровня, если вам нужна помощь с подачей жалобы, связанной с неотложной проблемой или проблемой, которая непосредственно и серьезно угрожает вашему здоровью, если вы испытываете сильную боль, если вы не согласны с решением нашего плана по вашей жалобе или если наш план не принял решение по вашей жалобе через 30 календарных дней.

Обратиться в Справочный центр можно двумя способами:

- Позвоните по номеру 1-888-466-2219. Лица с нарушениями слуха или речи могут использовать бесплатный номер TTY 1-877-688-9891. Звонок бесплатный.
- Посетите веб-сайт Департамента управляемого медицинского обслуживания (www.dmhc.ca.gov).

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

**Управление по гражданским правам (OCR)**

Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам (OCR) Департамента здравоохранения и социальных служб (HHS), если считаете, что с вами обращались несправедливо. Например, вы можете подать жалобу на условия для людей с ограниченными возможностями или на помощь переводчика. Номер телефона OCR: 1-800-368-1019. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-800-537-7697.

Дополнительную информацию можно получить на веб-сайте www.hhs.gov/ocr.

Кроме того, вы можете обратиться в местное отделение OCR по следующему адресу:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Телефон: 1-800-368-1019
TTY: 1-800-537-7697
Факс: 1-202-619-3818

Вы также можете иметь права в соответствии с Законом о защите прав граждан США с ограниченными возможностями (ADA) и в соответствии с Законом Унру о гражданских правах (Unruh Civil Rights). Вы можете обратиться за помощью в программу омбудсменов. Вы можете позвонить в программу по номеру 1-888-452-8609 (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. PST, за исключением праздников.

**QIO**

Если вы недовольны качеством медицинской помощи, у вас есть два варианта действий:

- Вы можете подать жалобу в отношении качества медицинского обслуживания напрямую в организацию QIO.
- Вы можете подать жалобу в организацию QIO и в наш план. Если вы подадите жалобу в организацию QIO, мы будем работать над разрешением вашей проблемы совместно с ней.

Организация QIO — это группа практикующих врачей и других специалистов в области медицины, услуги которых оплачиваются федеральным правительством в целях осуществления проверки и повышения качества обслуживания участников программы Medicare. Дополнительную информацию о QIO см. в **разделе H2** или см. в **разделе F главы 2** *Справочника участника плана*.

В штате California в качестве Организации повышения качества обслуживания (QIO) выступает Livanta. Номер телефона организации Livanta — организация повышения качества обслуживания штата California: 1-877-588-1123 (TTY: 711).

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

# Глава 10. Прекращение вашего участия в нашем плане

## Введение

В этой главе объясняются способы прекращения вашего участия в нашем плане страхования и варианты вашего страхового покрытия после выхода из плана. Если вы прекратите участие в нашем плане страхования, вы по-прежнему останетесь участником программ Medicare и Medi-Cal, пока будете соответствовать критериям участия в этих программах. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

## Содержание

A. Когда вы можете прекратить участие в нашем плане страхования ..... 297
B. Порядок прекращения участия в нашем плане страхования ..... 298
C. Как получать услуги в рамках Medicare и Medi-Cal по отдельности ..... 299
C1. Услуги, доступные вам в рамках программы Medicare ..... 299
C2. Услуги, доступные вам в рамках программы Medi-Cal ..... 304
D. Медицинские товары, услуги и лекарства до прекращения вашего участия в нашем плане страхования ..... 304
E. Другие ситуации, когда ваше участие в нашем плане страхования прекращается ..... 304
F. Правила, запрещающие требовать, чтобы вы вышли из нашего плана страхования по любой связанной с состоянием здоровья причине ..... 306
G. Ваше право подать жалобу в случае исключения из нашего плана страхования ..... 306
H. Как получить дополнительную информацию о прекращении участия в плане ..... 306

## A. Когда вы можете прекратить участие в нашем плане страхования

Большинство участников программы Medicare могут прекратить участие в плане страхования в определенные периоды года. Поскольку вы являетесь участником программы Medi-Cal, вам доступно несколько вариантов прекратить свое участие в нашем плане в любом месяце года.

Кроме того, вы можете прекратить участие в нашем плане страхования в следующие периоды ежегодно:

- **Ежегодный период регистрации** с 15 октября по 7 декабря. Если вы выбираете новый план страхования в этот период, ваше участие в нашем плане прекращается 31 декабря, а участие в новом плане начнется 1 января.
- **Открытый период регистрации в плане Medicare Advantage (MA)** с 1 января по 31 марта, а также для новых участников программы Medicare, зарегистрированных в плане, с месяца получения права на участие в части A и части B до последнего дня 3-го месяца получения права. Если вы выбираете новый план страхования в этот период, ваше участие в новом плане начнется в первый день следующего месяца.

Могут существовать другие ситуации, когда у вас есть право сменить план страхования. Например, в следующих случаях:

- вы переезжаете из нашей зоны обслуживания,
- изменились параметры вашего соответствия условиям программы Medi-Cal или программы «Дополнительная помощь» **или**
- вы недавно поступили в учреждение сестринского ухода или больницу, предоставляющую долгосрочный уход, получаете уход в одном из таких учреждений в данный момент либо только что выписались из такого учреждения.

Ваше участие прекращается в последний день месяца, в который мы получили ваш запрос на переход в другой план. Например, если мы получили ваш запрос 18 января, ваше страховое покрытие в рамках нашего плана прекращается 31 января. Ваше новое страховое покрытие начнется в первый день следующего месяца (в этом примере — 1 февраля).

Если вы прекращаете участие в нашем плане, вам будет полезна следующая информация:

- варианты участия в программе Medicare (таблица в **разделе C1**);
- варианты участия и услуги по программе Medi-Cal (**раздел C2**).

Вы можете получить дополнительную информацию о порядке выхода из плана страхования, позвонив в следующие организации: Отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части этой страницы. Там также указан номер для пользователей TTY.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Программа Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. TTY: 711. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт https://www.aging.ca.gov/hicap/. Health Care Options по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 6:00 p.m. При использовании TTY набирайте 1-800-430-7077.
- Омбудсмен Medi-Cal Managed Care по номеру 1-888-452-8609 с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. или по электронной почте MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы участвуете в Программе контроля применения лекарственных препаратов (DMP), возможно, вы не сможете сменить план. Информацию о программах контроля применения лекарственных препаратов см. в **разделе G3 главы 5** *Справочника участника плана*.

## B. Порядок прекращения участия в нашем плане страхования

Если вы решите прекратить свое участие в плане страхования, вы можете зарегистрироваться в другом плане Medicare или перейти в Original Medicare. Однако если вы хотите перейти из нашего плана в Original Medicare и при этом не выбрали отдельный план Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов, вы должны подать заявку на прекращение участия в нашем плане. Вы можете подать заявку на прекращение участия двумя способами:

- Вы можете прислать нам запрос в письменном виде. Для получения дополнительной информации о предусмотренном порядке действий обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части этой страницы.
- Звоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. Пользователи TTY (люди с нарушениями слуха или речи) могут воспользоваться номером 1-877-486-2048. Если вы позвоните по номеру 1-800-MEDICARE, вы также сможете зарегистрироваться в другом плане медицинского страхования или страхового покрытия лекарственных препаратов по программе Medicare. Дополнительную информацию о получении услуг в рамках Medicare после выхода из нашего плана см. в таблице на стр. 304.
- Позвоните в организацию Health Care Options по номеру 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 6:00 p.m. При использовании TTY набирайте 1-800-430-7077.
- В **разделе C** ниже описаны действия, которые вы можете предпринять, чтобы зарегистрироваться в другом плане, что также приведет к прекращению вашего участия в нашем плане страхования.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

## C. Как получать услуги в рамках Medicare и Medi-Cal по отдельности

Вам доступно несколько вариантов получения услуг в рамках Medicare и Medi-Cal, если вы решите выйти из нашего плана страхования.

### C1. Услуги, доступные вам в рамках программы Medicare

У вас есть три варианта получения услуг по программе Medicare, которые описаны ниже, в любом месяце года. В определенное время года у вас есть дополнительный вариант, указанный ниже, включая **ежегодный период регистрации** и **открытый период регистрации в плане Medicare Advantage** или другие ситуации, описанные в **разделе A**. Выбирая один из этих вариантов, вы автоматически прекращаете участие в нашем плане страхования.

| 1. Вы можете перейти на: | Порядок действий: |
|---|---|
| **План Medicare Medi-Cal (План Medi-Medi) — это один из видов плана Medicare Advantage. Он предназначен для людей, имеющих как Medicare, так и Medi-Cal, и объединяет льготы по программам Medicare и Medi-Cal в одном плане. Планы Medi-Medi координируют все льготы и услуги в рамках обеих программ, включая все услуги, покрываемые по программам Medicare и Medi-Cal.**<br><br>**Примечание.** Термин План Medi-Medi — это название интегрированных планов для лиц с особыми потребностями, имеющих право на участие в двух программах страхования (D-SNP) в штате California. | Звоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.<br><br>По вопросам о Программе комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей (PACE) звоните по номеру 1-855-921-PACE (7223).<br><br>Если вам нужна помощь или дополнительная информация:<br><br>• Звоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт https://www.aging.ca.gov/hicap/.<br><br>**ИЛИ**<br><br>Зарегистрируйтесь в новом плане Medi-Medi.<br><br>Ваше участие в нашем плане Medicare автоматически прекращается тогда, когда начинает действовать страховое покрытие, предусмотренное вашим новым планом.<br><br>Ваш план Medi-Cal изменится в соответствии с вашим планом Medi-Medi. |

| | |
|---|---|
| **2. Вы можете перейти на:**<br><br>**Original Medicare с участием в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов** | **Порядок действий:**<br><br>Звоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.<br><br>Если вам нужна помощь или дополнительная информация:<br><br>• Звоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт https://www.aging.ca.gov/hicap/.<br><br>**ИЛИ**<br><br>Зарегистрируйтесь в новом плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов.<br><br>Вы будете автоматически исключены из нашего плана страхования, когда вступит в силу ваше страховое покрытие в рамках Original Medicare.<br><br>Ваш план страхования в рамках программы Medi-Cal сменится. |

| 3. Вы можете перейти на: | Порядок действий: |
|---|---|
| **Original Medicare без участия в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов**<br><br>**ПРИМЕЧАНИЕ.** При переходе в план Original Medicare без регистрации в отдельном плане Medicare, покрывающем рецептурные лекарственные препараты, Medicare может по умолчанию зарегистрировать вас в таком плане, если вы не сообщите, что не желаете в нем участвовать.<br><br>Отказываться от страхового покрытия рецептурных лекарственных препаратов следует только в том случае, если у вас есть покрытие лекарств из другого источника, например от работодателя или профсоюза. Если у вас возникли вопросы о необходимости страхового покрытия лекарственных препаратов, позвоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт https://www.aging.ca.gov/hicap/ | Звоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.<br><br>Если вам нужна помощь или дополнительная информация:<br><br>• Звоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт https://www.aging.ca.gov/hicap/.<br><br>Вы будете автоматически исключены из нашего плана страхования, когда вступит в силу ваше страховое покрытие в рамках Original Medicare. |

| | |
|---|---|
| **4. Вы можете перейти на:**<br><br>**Любой план медицинского страхования Medicare** в определенное время года, включая **ежегодный период регистрации** и **открытый период регистрации в плане Medicare Advantage,** или другие ситуации, описанные в **разделе A**. | **Порядок действий:**<br><br>Звоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.<br><br>По вопросам о Программе комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей (PACE) звоните по номеру 1-855-921-PACE (7223).<br><br>Если вам нужна помощь или дополнительная информация:<br><br>• Звоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт https://www.aging.ca.gov/hicap/.<br><br>**ИЛИ**<br><br>Зарегистрируйтесь в новом плане Medicare.<br><br>Ваше участие в нашем плане Medicare автоматически прекращается тогда, когда начинает действовать страховое покрытие, предусмотренное вашим новым планом.<br><br>Ваш план страхования в рамках Medi-Cal может смениться. |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

### C2. Услуги, доступные вам в рамках программы Medi-Cal

По вопросам о порядке получения услуг в рамках Medi-Cal после выхода из нашего плана страхования обращайтесь в Health Care Options по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 6:00 p.m. При использовании TTY набирайте 1-800-430-7077. Узнайте, как вступление в другой план страхования или возвращение в программу Original Medicare влияет на получение вами страхового покрытия в рамках Medi-Cal.

## D. Медицинские товары, услуги и лекарства до прекращения вашего участия в нашем плане страхования

Если вы прекращаете участие в нашем плане страхования, может пройти некоторое время, прежде чем ваше участие в нем будет завершено и начнет действовать ваше новое покрытие по программам Medicare и Medi-Cal. В этот период вы продолжите получать лекарства по рецепту и медицинское обслуживание через наш план страхования, пока не начнет действовать ваш новый план.

- Пользуйтесь услугами наших сетевых поставщиков услуг для получения медицинской помощи.
- Для получения лекарств по рецепту обращайтесь в наши сетевые аптеки, в том числе посредством оформления заказа с доставкой по почте.
- Если вас госпитализировали в день завершения вашего участия в плане Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), наш план страхования покроет ваше пребывание в больнице до выписки. Это правило действует, даже если ваше новое страховое покрытие вступит в силу до вашей выписки.

## E. Другие ситуации, когда ваше участие в нашем плане страхования прекращается

В случаях, указанных ниже, мы будем вынуждены прекратить ваше участие в нашем плане страхования:

- Ваше страховое покрытие по программам Medicare Part A и Medicare Part B прерывается.
- Вы теряете право на страховое покрытие по программе Medi-Cal. Наш план страхования предназначен для лиц, имеющих право участвовать как в программе Medicare, так и в программе Medi-Cal. Примечание. Если вы больше не имеете права на участие в программе Medi-Cal, вы можете временно продолжить участие в нашем плане с выплатами по программе Medicare, см. информацию о периоде оценки ниже.
- Штат California или программа Medicare исключает вас из плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), и вы возвращаетесь в программу Original Medicare. Если вы получаете помощь по

программе «Дополнительная помощь» для оплаты рецептурных препаратов в рамках Medicare Part D, центры CMS автоматически включат вас в план Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов. Если позднее вы снова будете иметь право на участие в программе Medi-Cal и захотите вновь стать участником плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), позвоните по номеру 1-800-431-9007. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. При использовании TTY набирайте 711. Сообщите, что хотите возобновить участие в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP).

- 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.
- Вы отправляетесь в тюрьму за уголовное преступление.
- Вы солгали нам или предоставили неполную информацию о других имеющихся у вас страховках, предоставляющих страховое покрытие рецептурных препаратов.
- Вы не являетесь гражданином США или пребываете на территории США на незаконных основаниях.
  - Чтобы быть участником нашего плана страхования, вы должны быть гражданином США или пребывать на территории США на законных основаниях.
  - Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS) известят вас, если вы не соответствуете критериям для дальнейшего участия в плане на этом основании.
  - Если вы не соответствуете этим требованиям, мы будем вынуждены прекратить ваше участие в плане страхования.

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.

Мы можем исключить вас из нашего плана страхования по следующим причинам, только получив разрешение от программ Medicare и Medi-Cal:

- Если вы намеренно предоставили нам неточную информацию при регистрации участия в плане, что обеспечило ваше соответствие критериям участия.

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- Вы постоянно демонстрируете деструктивное поведение, из-за чего нам сложно предоставлять медицинское обслуживание вам и другим участникам плана.
- Вы позволяете другому лицу получать медицинскую помощь по вашей ID-карте участника плана. (Программа Medicare может отправить генеральному инспектору запрос на проведение расследования вашего случая, если ваше участие в плане страхования прекращено по этой причине.)

## F. Правила, запрещающие требовать, чтобы вы вышли из нашего плана страхования по любой связанной с состоянием здоровья причине

Мы не имеем права просить вас выйти из плана страхования по любым причинам, связанным с состоянием вашего здоровья. Если вы считаете, что вас просят прекратить свое участие в нашем плане по причине, связанной с вашим здоровьем, **позвоните в программу Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Звонки принимаются круглосуточно и без выходных.

## G. Ваше право подать жалобу в случае исключения из нашего плана страхования

Прекращая ваше участие в плане, мы должны в письменном виде объяснить вам причины своего решения. Кроме того, мы должны разъяснить вам порядок подачи жалобы или претензии в связи с нашим решением о прекращении вашего участия. Информацию о порядке подачи жалобы см. также в **разделе К главы 9** *Справочника участника плана*.

## H. Как получить дополнительную информацию о прекращении участия в плане

Если у вас возникли вопросы или вам нужна дополнительная информация о порядке выхода из плана страхования, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части этой страницы.

# Глава 11. Предусмотренные законом уведомления

## Введение

В этой главе представлены предусмотренные законом уведомления, которые относятся к вашему участию в нашем плане страхования. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника плана*.

## Содержание

A. Уведомления о применимых законах ..... 308
B. Уведомление о недопущении дискриминации ..... 308
C. Уведомление о том, что Medicare является вторым плательщиком, а Medi-Cal — плательщиком последней инстанции ..... 309
D. Уведомление о возмещении средств за счет имущества по программе Medi-Cal ..... 310
E. Возмещение расходов на услуги, оплаченных нашим планом в рамках плана Wellcare Dual (HMO D-SNP) ..... 310
F. Карта участника плана ..... 313
G. Независимые подрядчики ..... 313
H. Мошенничество в отношении плана медицинского страхования ..... 314
I. Обстоятельства, не зависящие от плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ..... 314

## A. Уведомления о применимых законах

В отношении настоящего *Справочника участника плана* действует много различных законов. Эти законы могут влиять на ваши права и обязанности, даже если они не упоминаются или не разъясняются в *Справочнике участника плана*. Основными применимыми законами являются федеральные законы и законы штата о программах Medicare и Medi-Cal. Также могут применяться другие федеральные законы и законы штата.

## B. Уведомление о недопущении дискриминации

Мы не допускаем дискриминации и не меняем своего отношения к вам на основании вашей расы, этнической принадлежности, национального происхождения, цвета кожи, вероисповедания, пола, гендера, возраста, сексуальной ориентации, умственных или физических ограничений, состояния здоровья, поданных ранее страховых требований, истории болезни, генетической информации, доказательства страховой приемлемости или географического местонахождения в пределах зоны обслуживания. Помимо этого, мы не допускаем незаконной дискриминации людей, не отказываем им в обслуживании и предоставляем одинаковый уровень обслуживания всем людям независимо от происхождения, этнической принадлежности, гендерной идентичности, семейного положения или состояния здоровья.

Если вам нужна дополнительная информация или у вас возникли опасения по поводу дискриминации или несправедливого отношения:

- Звоните в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697. Дополнительную информацию также можно получить на веб-сайте www.hhs.gov/ocr.
- Звоните в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711 (служба коммутируемых сообщений). Если вы считаете, что подверглись дискриминации, и хотите подать претензию, обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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. Вы также можете связаться с нами по почте:

  Appeals & Grievances Medicare Operations
  P.O. Box 10198
  Van Nuys, CA 91410-0198

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.c

www.wellcare.com/healthnetCA

Если ваша претензия на дискриминацию относится к программе Medi-Cal, вы также можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения 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 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 www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- В электронном виде: отправьте электронное письмо по адресу CivilRights@dhcs.ca.gov.

Если в связи с ограниченностью ваших возможностей вам нужна помощь при получении медицинского обслуживания или обращении к поставщику услуг, позвоните в 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.

## C. Уведомление о том, что Medicare является вторым плательщиком, а Medi-Cal — плательщиком последней инстанции

В некоторых случаях предоставляемые вам услуги должны в первую очередь оплачиваться другими лицами. Например, если вы попали в автомобильную аварию или получили травму на работе, сначала ваше лечение оплачивается автомобильной страховкой или страховкой, обеспечивающей компенсацию пострадавшим на рабочем месте (Workers Compensation).

Мы имеем право и обязанность взимать плату за услуги, покрываемые Medicare, в отношении которых Medicare не является первым плательщиком.

Мы соблюдаем федеральные законы и нормативно-правовые акты, а также законы и нормативно-правовые акты штата в отношении правовой ответственности третьих сторон за медицинское обслуживание участников программы страхования. Мы предпринимаем все надлежащие меры для

того, чтобы программа Medi-Cal являлась плательщиком последней инстанции.

## D. Уведомление о возмещении средств за счет имущества по программе Medi-Cal

Программа Medi-Cal должна взыскивать возмещение средств за счет завещанного имущества некоторых умерших участников программы в качестве оплаты услуг в рамках Medi-Cal, полученных со дня их 55-летия. Возмещение средств касается страховых взносов/подушных платежей по программам Fee-For-Service и управляемого медицинского обслуживания за услуги учреждения сестринского ухода, услуги по уходу на дому и по месту жительства, а также сопутствующие услуги больницы и рецептурные препараты, полученные во время пребывания участника программы в качестве стационарного пациента в учреждении сестринского ухода или во время получения услуг по уходу на дому и по месту жительства. Сумма возмещаемых средств не может превышать стоимости завещанного имущества участника.

Чтобы узнать больше, посетите веб-сайт Департамента здравоохранения, посвященный возмещению средств за счет имущества по адресу www.dhcs.ca.gov/er или позвоните по номеру 916-650-0590.

## E. Возмещение расходов на услуги, оплаченных нашим планом в рамках плана Wellcare Dual (HMO D-SNP)

Если вы получили травму

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:

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.
**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.c

- 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.

## F. Карта участника плана

Карта участника плана, выданная нашим планом в соответствии с настоящим *Справочником участника плана*, предназначена только для целей идентификации. Владение картой участника не дает права на получение услуг или другого страхового покрытия, указанных в данном *Справочнике участника плана*. Чтобы иметь право на услуги или страховое покрытие в соответствии с этим *Справочником участника плана*, владелец карты должен иметь право на страховое покрытие и быть зарегистрированным в качестве участника, как описано в этом *Справочнике участника плана*. Любое лицо, получающее услуги, на которые оно не имеет права в соответствии с этим *Справочником участника плана*, будет обязано оплатить эти услуги. Во время получения услуги участник должен предъявить карту участника плана, а не карту участника программы Medicare. Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY 711). С 1 октября до 31 марта поговорить с нашими представителями можно с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m.
С 1 апреля по 30 сентября представители доступны с понедельника по пятницу, с 8 a.m. до 8 p.m., если вам нужно заменить карту участника плана.

Примечание. Любой участник плана, сознательно допустивший злоупотребление картой участника или ее неправильное использование, 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.

## G. Независимые подрядчики

Отношения плана Wellcare by Health Net с любым сотрудничающим поставщиком услуг представляют собой отношения с независимым подрядчиком. Сотрудничающие с планом поставщики услуг не являются ни сотрудниками, ни представителями Wellcare by Health Net. В свою очередь, Wellcare by Health Net и сотрудники Wellcare by Health Net не являются ни сотрудниками, ни представителями сотрудничающего с планом поставщика услуг. Ни при каких обстоятельствах Wellcare by Health Net 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 Wellcare by Health Net. Wellcare by Health Net не выступает поставщиком медицинских услуг.

## H. Мошенничество в отношении плана медицинского страхования

Мошенничество в отношении плана медицинского обслуживания определяется как обман или введение в заблуждение плана со стороны поставщика услуг, участника, работодателя или любого лица, действующего от их имени. Это серьезное преступление, которое может преследоваться по закону. Любое лицо, которое намеренно и сознательно занимается деятельностью, направленной на обман плана медицинского обслуживания, например подает заявление, содержащее ложные или вводящие в заблуждение сведения, может быть признано виновным в мошенничестве в отношении плана медицинского обслуживания.

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 1-800-977-3565 (TTY: 711). Горячая линия для сообщений о мошенничестве работает круглосуточно и без выходных. Все звонки строго конфиденциальны.

## I. Обстоятельства, не зависящие от плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

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 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) не могут предоставлять либо организовывать услуги или страховое покрытие в соответствии с настоящим *Справочником участника плана*, обязательства плана Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) предоставлять такие услуги или страховое покрытие ограничиваются требованием, чтобы план Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 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

## Введение

В этой главе приводятся основные термины, используемые в настоящем *Справочнике участника плана*, а также их определения. Термины перечислены в алфавитном порядке. Если вы не можете найти нужный термин или вам нужна дополнительная информация помимо приведенного определения, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

**Повседневные действия (ADL) —** действия, которые люди обычно выполняют каждый день, например прием пищи, пользование туалетом, одевание, купание или чистка зубов.

**Судья по административным делам —** судья, рассматривающий апелляцию 3-го уровня.

**Программа помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP).** Программа, помогающая обеспечить соответствующим критериям лицам с ВИЧ/СПИДом доступ к жизненно важным лекарственным препаратам от ВИЧ-инфекции.

**Амбулаторный хирургический центр —** учреждение, которое проводит амбулаторные хирургические операции пациентам, не нуждающимся в стационарном лечении, а также пациентам, которым, предположительно, не требуется более 24 часов ухода.

**Апелляция —** способ подать возражение на предпринятое нами действие, если вы считаете, что мы допустили ошибку. Вы можете попросить нас изменить принятое нами решение о страховом покрытии, подав апелляцию. Подробнее об апелляциях и процедуре их подачи см. в **разделе E главы 9** *Справочника участника плана*.

**Психологическая, психиатрическая и наркологическая помощь —** общий термин, применяемый в отношении услуг в сфере психического здоровья и услуг лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.

**Биологический препарат —** отпускаемый по рецепту препарат, который производится из природных живых организмов, таких как клетки растений или животных, бактерии либо дрожжи. Биологические препараты имеют более сложную структуру, чем другие лекарства, и не могут быть точно скопированы, поэтому альтернативные формы называются биоаналогами. (См. также «Оригинальный биологический препарат» и «Биоаналог»).

**Биоаналог —** биологический препарат, который очень похож на оригинальный биологический продукт, но не идентичен ему. Биоаналоги настолько же безопасны и эффективны, как и оригинальный биологический препарат. Некоторые биоаналоги могут быть заменены оригинальным биологическим препаратом в аптеке без необходимости в новом рецепте. (См. определение «Взаимозаменяемый биоаналог»).

**Патентованный (фирменный) лекарственный препарат —** рецептурный лекарственный препарат, производимый и продаваемый компанией, которая его разработала. Патентованные лекарственные препараты содержат те же ингредиенты, что и их непатентованные аналоги. Непатентованные препараты (генерики) обычно производятся и продаются другими компаниями.

**Координатор медицинского обслуживания —** основной специалист, который сотрудничает с вами, планом медицинского страхования и вашими поставщиками услуг с целью гарантировать получение вами необходимого обслуживания.

**План медицинского обслуживания —** см. пункт «Индивидуальный план медицинского обслуживания».

**Дополнительные услуги в рамках плана медицинского обслуживания (услуги CPO) —** дополнительные услуги, которые вы можете получить по своему индивидуальному плану

медицинского обслуживания (ICP). Эти услуги не служат заменой длительному обслуживанию и поддержке, на которые у вас есть право по программе Medi-Cal.

**Группа медицинского обслуживания —** см. пункт «Многопрофильная группа медицинского обслуживания».

**Центры обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) —** федеральное ведомство, отвечающее за программы Medicare. Подробнее о способах связи с CMS см. в **разделе G главы 2** *Справочника участника плана*.

**Услуги для взрослых пациентов по месту жительства (CBAS) —** программа амбулаторного обслуживания на базе учреждения, включая квалифицированный сестринский уход, социальные услуги, трудовую терапию и логопедическую терапию, персональный уход, обучение и поддержку членов семьи/ухаживающего лица, услуги диетолога, транспортировку и прочие услуги для участников, отвечающих определенным критериям.

**Жалоба —** заявление в письменной или устной форме о возникновении проблем или обеспокоенности в связи с покрываемыми планом услугами или обслуживанием. Такие проблемы могут быть связаны с качеством обслуживания и ухода, с нашими сетевыми поставщиками услуг или аптеками. Официальный термин для фразы «подача жалобы» — «предъявление претензии».

**Учреждение комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) —** учреждение, предоставляющее в основном услуги реабилитации после болезни, несчастного случая или серьезного хирургического вмешательства. В нем предоставляют широкий спектр услуг, включая физиотерапию, социальные или психологические услуги, респираторную терапию, трудотерапию, услуги логопеда и услуги по оценке домашней обстановки.

**Решение о страховом покрытии —** решение о том, каким будет страховое покрытие. Сюда относятся решения о покрываемых лекарствах и услугах или сумме, которую мы платим за предоставленные вам медицинские услуги. Подробнее о порядке запроса решения о страховом покрытии см. в **разделе E главы 9** *Справочника участника плана*.

**Покрываемые лекарственные препараты —** термин, используемый нами для обозначения всех рецептурных и безрецептурных (OTC) препаратов, покрываемых нашим планом страхования.

**Услуги, которые входят в программу страхования —** общий термин, используемый нами для обозначения всех покрываемых нашим планом медицинских услуг, длительного обслуживания и поддержки, принадлежностей, рецептурных и безрецептурных препаратов, оборудования и прочих услуг.

**Обучение компетентности в вопросах культуры —** обучение, во время которого нашим поставщикам медицинских услуг предоставляются дополнительные инструкции, помогающие им лучше понимать ваш культурный опыт, ценности и убеждения, чтобы адаптировать оказываемые услуги в соответствии с вашими социальными, культурными и языковыми потребностями.

**Департамент здравоохранения (DHCS) —** департамент штата California, который руководит работой программы Medicaid (другое название — Medi-Cal).

**Департамент управляемого медицинского обслуживания (DMHC) —** департамент штата California, который регулирует работу планов медицинского страхования. Департамент DMHC помогает участникам плана с апелляциями и жалобами, связанными с услугами в рамках Medi-Cal. Кроме того, департамент DMHC проводит независимые медицинские экспертизы (IMR).

**Выход из плана страхования —** процедура прекращения вашего участия в нашем плане страхования. Прекращение участия может быть как добровольным (по вашему желанию), так и вынужденным (не по вашему желанию).

**Программа контроля применения лекарственных препаратов (DMP) —** программа, помогающая обеспечить участникам плана страхования безопасное применение опиоидных препаратов или других лекарственных препаратов, которые часто используются неправомерно.

**План для лиц с особыми потребностями и правом на участие в двух программах (D-SNP) —** план медицинского страхования, который обслуживает лица, имеющие право на участие как в программе Medicare, так и в программе Medicaid. Наш план страхования представляет собой план D-SNP.

**Медицинское оборудование длительного пользования (DME) —** определенные изделия, которые ваш врач выписывает вам для использования на дому. Примерами таких изделий служат инвалидные коляски, костыли, системы ортопедических матрасов, принадлежности для лиц с сахарным диабетом, заказываемые поставщиком услуг больничные койки для использования на дому, насосы для внутривенной инфузии, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование и принадлежности, небулайзеры и ходунки.

**Состояние, требующее экстренной медицинской помощи, —** неотложное состояние, при котором вы или любой другой человек, имеющий обычный уровень знаний о здоровье и медицине, предполагаете наличие у вас медицинских симптомов, которые требуют немедленного медицинского вмешательства для предотвращения смертельного исхода, потери конечности либо потери или серьезного нарушения функции организма (а также потери плода, если вы беременны). Такие медицинские симптомы могут включать заболевание, травму, сильную боль или быстро ухудшающееся патологическое состояние.

**Экстренная медицинская помощь —** покрываемые услуги, оказываемые при необходимости экстренной медицинской, психологической, психиатрической или наркологической помощи поставщиком услуг, обученным оказывать экстренную помощь.

**Исключение —** разрешение на получение покрытия на препарат, обычно не покрываемый планом, или на использование препарата без определенных правил и ограничений.

**Исключенные услуги —** услуги, не покрываемые данным планом медицинского страхования.

**Программа «Дополнительная помощь».** Программа Medicare, которая помогает лицам с ограниченными доходами и ресурсами уменьшить расходы на рецептурные препараты по программе Medicare Part D, включая страховые взносы, не покрываемые страховкой минимумы и доплаты.

Программу «Дополнительная помощь» также называют «субсидией для малообеспеченных» (Low-Income Subsidy или LIS).

**Непатентованный лекарственный препарат (генерик) —** рецептурный лекарственный препарат, одобренный федеральным правительством для использования вместо патентованного (фирменного) лекарственного препарата. Непатентованные лекарственные препараты имеют те же ингредиенты, что и патентованные аналоги. Обычно они действуют так же хорошо, как и патентованные лекарства, но стоят дешевле.

**Претензия —** жалоба на нас, сетевых поставщиков услуг или аптеки. Сюда относятся жалобы на качество ухода или услуг, предоставляемых вашим планом медицинского страхования.

**Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) —** программа, предоставляющая бесплатную и объективную информацию, а также консультирование по программе Medicare. Подробнее о способах связи с HICAP см. в **разделе C главы 2** *Справочника участника плана*.

**План медицинского страхования —** организация, состоящая из врачей, больниц, аптек, поставщиков длительного обслуживания и прочих поставщиков услуг. В ней также работают координаторы медицинского обслуживания, которые помогают вам в организации всех услуг и координации поставщиков услуг. Все вместе они предоставляют вам необходимое обслуживание.

**Оценка состояния здоровья (HRA) —** процедура изучения вашей истории болезни и проверки текущего состояния здоровья. Используется, чтобы узнать ваше состояние здоровья и его возможные изменения в будущем.

**Медицинская сиделка на дому —** лицо, которое предоставляет услуги, не требующие профессиональных навыков дипломированной медсестры или терапевта, такие как помощь с личной гигиеной (например, принятие ванны, пользование туалетом, одевание или выполнение предписанных упражнений). У сиделки на дому нет лицензии медицинской сестры; она не проводит лечение.

**Хоспис —** программа, обеспечивающая уход, помощь и комфортные условия для людей с терминальной стадией заболевания. Терминальная стадия неизлечимого заболевания означает, что в соответствии с медицинским заключением предполагаемая продолжительность жизни лица составляет не более 6 месяцев.

- Пациент с терминальной стадией заболевания имеет право выбрать услуги хосписа.
- Команда специалистов и лиц, осуществляющих уход, которые прошли специальное обучение, предоставляет комплексное обслуживание человеку, включая его физические, эмоциональные, социальные и духовные потребности.
- Мы обязаны ознакомить вас со списком хосписов в вашем географическом регионе.

**Неправильное/несоответствующее выставление счета —** ситуация, когда поставщик услуг (например, врач или больница) выставляет вам счет на сумму, превосходящую установленную нами долю расходов на услуги. Позвоните в отдел обслуживания участников плана,

если вы получили какие-либо счета, в отношении которых у вас есть вопросы.

Поскольку мы оплачиваем полную стоимость оказываемых вам услуг, вы **не** должны участвовать в оплате расходов. Поставщики услуг не должны выставлять вам какие-либо счета за такие услуги.

**Услуги поддержки на дому (IHSS) —** программа IHSS помогает с оплатой услуг, необходимых для того, чтобы вы продолжали безопасно жить дома. Программа IHSS служит альтернативой обслуживанию вне дома, например, в центре сестринского ухода или учреждении с уходом и проживанием. Через программу IHSS могут быть одобрены такие типы услуг, как уборка дома, помощь с приготовлением пищи, стирка, покупка продуктов, помощь с личной гигиеной (например, помощь с опорожнением кишечника и мочевого пузыря, принятие ванны, уход за внешним видом и доврачебная медицинская помощь), сопровождение на приемы к врачу и надзор за пациентами с психическими нарушениями. Организацией программы IHSS занимаются отделения социальных служб на уровне штата.

**Независимая медицинская экспертиза (IMR) —** Если мы отклонили ваш запрос на медицинские услуги или лечение, вы можете подать апелляцию. Если вы не согласны с нашим решением, при этом ваша проблема связана с услугой по программе Medi-Cal, в том числе с принадлежностями для медицинского оборудования длительного пользования (DME) и лекарствами, вы можете попросить Департамент управляемого медицинского обслуживания штата California провести независимую медицинскую экспертизу (IMR). Независимая медицинская экспертиза (IMR) — это проверка вашего дела врачами, которые не сотрудничают с нашим планом. Если решение по результатам независимой медицинской экспертизы (IMR) будет вынесено в вашу пользу, мы будем обязаны предоставить вам запрашиваемую услугу или лечение. Вы ничего не платите за проведение независимой медицинской экспертизы (IMR).

**Независимая экспертная организация (IRO) —** независимая организация, нанятая Medicare для рассмотрения апелляций 2-го уровня. 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. Официальное название организации — **независимый экспертный субъект**.

**Индивидуальный план медицинского обслуживания (ICP или план медицинского обслуживания) —** план, определяющий, какие услуги вы будете получать и как вы будете их получать. Ваш план может включать медицинские услуги, услуги психологической, психиатрической и наркологической помощи, а также длительное обслуживание и поддержку.

**Стационарный пациент —** термин, используемый, когда вас официально положили в больницу для предоставления квалифицированных медицинских услуг. Если вы не были официально госпитализированы в качестве стационарного пациента, вы можете считаться амбулаторным пациентом, даже если проведете в больнице ночь.

**Интегрированный план D-SNP —** план для лиц с особыми потребностями и правом на участие в двух программах, который покрывает услуги по программе Medicare и большинство или все услуги по программе Medicaid в рамках единого плана медицинского страхования для определенных групп лиц, имеющих право на участие как в программе Medicare, так и в программе

Medicaid. Эти лица известны как лица, имеющие право на участие в программе для лиц, имеющих право на участие в двух программах с полным страховым покрытием.

**Взаимозаменяемый биоаналог —** биоаналог, который может быть заменен в аптеке без необходимости в новом рецепте, поскольку он соответствует дополнительным требованиям, связанным с возможностью автоматической замены. Автоматическая замена в аптеке регулируется законодательством штата.

**Многопрофильная группа медицинского обслуживания (ICT или группа медицинского обслуживания) —** группа медицинского обслуживания может включать врачей, медсестер, консультантов и других медицинских специалистов, оказывающих вам необходимую помощь. Кроме того, группа медицинского обслуживания помогает вам составить план медицинского обслуживания.

***Перечень покрываемых лекарств (Перечень лекарств)* —** список покрываемых нами рецептурных и безрецептурных (OTC) лекарственных препаратов. Лекарства в этом списке подбираются при участии врачей и фармацевтов. В *Перечне лекарств* указано, есть ли правила, которым необходимо следовать для получения лекарственных препаратов. *Перечень лекарств* иногда называют «Справочник лекарств».

**Долгосрочные услуги и помощь (LTSS).** Долгосрочные услуги и помощь помогают улучшить состояние больного, страдающего хроническим заболеванием. Большинство этих услуг призваны помочь вам продолжать жить дома без необходимости поступать в учреждение сестринского ухода или больницу. Покрываемая нашим планом программа LTSS подразумевает услуги для взрослых по месту жительства (CBAS), также известные как дневной уход за взрослыми, услуги учреждений сестринского ухода (NF) и услуги поддержки по месту жительства. Программа IHSS и альтернативные программы в соответствии с Разделом 1915(c) представляют собой варианты Medi-Cal LTSS, предоставляемые вне нашего плана страхования.

**Субсидия при низком доходе (LIS) —** См. раздел «Программа “Дополнительная помощь”»

**Программа с возможностью заказа по почте.** Некоторые планы страхования могут предлагать программу с возможностью заказа по почте, которая позволяет вам получить запас покрываемых рецептурных препаратов на период до 3 месяцев, отправляемый непосредственно к вам на дом. Это удобный и экономный способ получения регулярно принимаемых лекарств.

**Программа Medi-Cal.** Название программы Medicaid, действующей в штате California. Программу MediCal предоставляет штат. Программа финансируется штатом и федеральным правительством.

- Она помогает лицам с ограниченными доходами и ресурсами оплачивать длительное обслуживание и поддержку, а также медицинские расходы.
- Она охватывает дополнительные услуги и некоторые лекарства, не покрываемые программой Medicare.
- Программы Medicaid в разных штатах имеют свои отличия, однако большинство расходов на

медицинское обслуживание покрывается в том случае, если вы имеете право на участие в обеих программах — и Medicare, и Medi-Cal.

**Планы Medi-Cal**. Планы, предоставляющие страховое покрытие только по программе Medi-Cal, в том числе покрывающие длительное обслуживание и поддержку, медицинское оборудование и транспортировку. Страховое покрытие по программе Medicare предоставляется отдельно.

**Medicaid (или Medical Assistance) —** программа, реализуемая федеральным правительством и штатом, которая помогает людям с ограниченным доходом и ресурсами оплачивать долгосрочные услуги и помощь, а также медицинские расходы. Medi-Cal — это программа Medicaid в штате California.

**Необходимость по медицинским показаниям.** Этот термин описывает услуги, принадлежности или лекарства, необходимые для предотвращения, диагностики либо лечения заболевания или для поддержания вашего текущего состояния здоровья. Сюда относится обслуживание, которое предотвращает вашу госпитализацию или помещение в учреждение сестринского ухода. Это также означает, что услуги, расходные материалы или лекарственные препараты соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики. Необходимость по медицинским показаниям относится ко всем покрываемым услугам, которые целесообразны и необходимы для спасения жизни, предупреждения серьезной болезни или инвалидности либо для облегчения сильной боли посредством диагностики или лечения болезни, патологии или травмы.

**Программа Medicare —** федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 и более лет, некоторых категорий людей в возрасте до 65 лет с определенными ограниченными возможностями, а также людей с терминальной стадией заболевания почек (как правило, страдающих хронической почечной недостаточностью и нуждающихся в диализе или пересадке почки). Участники программы Medicare могут получить медицинское страховое покрытие Medicare, используя программу Original Medicare или план управляемого медицинского обслуживания (см. термин «План медицинского страхования»).

**Medicare Advantage —** программа Medicare, также называемая «Medicare Part C» или «MA», которая предлагает планы MA через частные компании. Medicare оплачивает этим компаниям предоставление вам страхового покрытия Medicare.

**Совет по апелляциям Medicare (Совет) —** совет, который рассматривает апелляцию 4-го уровня. Совет входит в состав федерального правительства.

**Услуги, покрываемые по программе Medicare —** услуги, оплачиваемые по программам Medicare Part A и Medicare Part B. Все планы медицинского страхования Medicare, включая наш план, должны покрывать все услуги, оплачиваемые по программам Medicare Part A и Medicare Part B.

**Программа профилактики сахарного диабета Medicare (MDPP) —** структурированная медицинская программа с целью изменения поведения, которая предусматривает обучение долгосрочному изменению рациона, увеличение физических нагрузок и стратегии для преодоления трудностей, связанных с поддержанием оптимального веса и ведением здорового образа жизни.

**Участник программ Medicare и Medi-Cal —** лицо, имеющее право на страховое покрытие в рамках Medicare и Medicaid. Одновременных участников программ Medicare и Medicaid также называют «лицами, имеющими право на участие в двух программах».

**План Medi-Medi.** План Medicare Medi-Cal (План Medi-Medi) — это один из видов плана Medicare Advantage. Он предназначен для людей, имеющих как Medicare, так и Medi-Cal, и объединяет льготы по программам Medicare и Medi-Cal в одном плане. Планы Medi-Medi координируют все льготы и услуги в рамках обеих программ, включая все услуги, покрываемые по программам Medicare и Medi-Cal.

**Программа Medicare Part A —** программа Medicare, которая покрывает большую часть необходимого по медицинским показаниям обслуживания в больнице, учреждении квалифицированного сестринского ухода, хосписе и на дому.

**Программа Medicare Part B —** программа Medicare, которая покрывает услуги (например, лабораторные анализы, операции и приемы у врача) и принадлежности (например, инвалидные коляски и ходунки), необходимые по медицинским показаниям для лечения болезни или патологии. Программа Medicare Part B также оплачивает большое количество профилактических и скрининговых услуг.

**Программа Medicare Part C —** программа Medicare, которую также называют «Medicare Advantage» или «MA», и которая позволяет частным страховым компаниям предоставлять услуги по программе Medicare в рамках плана MA.

**Программа Medicare Part D —** программа Medicare по предоставлению страхового покрытия рецептурных препаратов. Для краткости мы называем ее программа «Part D». Программа Medicare Part D покрывает рецептурные препараты для амбулаторного лечения, вакцины и некоторые принадлежности, не покрываемые в рамках Medicare Part A, Medicare Part B или Medicaid. Наш план страхования включает страховое покрытие по программе Medicare Part D.

**Лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare Part D —** лекарственные препараты, оплачиваемые по программе Medicare Part D. При этом определенные группы лекарственных препаратов были исключены Конгрессом США из покрытия по программе Medicare Part D. Программа Medi-Cal может оплачивать некоторые из этих лекарственных препаратов.

**Программа контроля лекарственного лечения (MTM) —** конкретный набор услуг или группа услуг, предоставляемых поставщиками медицинских услуг, включая фармацевтов, для обеспечения наилучших результатов лечения пациентов.
Дополнительную информацию см. в **разделе G2 главы 5** вашего *Справочника участника плана*.

**Участник (участник нашего плана или участник плана) —** лицо, участвующее в программах Medicare и Medi-Cal и имеющее право получать покрываемые услуги, которое было зарегистрировано в нашем плане и чья регистрация в нашем плане была подтверждена Центрами предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS) и штатом.

***Справочник участника плана* и раскрываемая информация.** Настоящий документ вместе с вашей формой регистрации и любыми другими приложениями или дополнениями, которые содержат информацию о доступном вам страховом покрытии, наших обязанностях, а также ваших правах и обязанностях в связи с участием в нашем плане.

**Отдел обслуживания участников —** отдел нашего плана, отвечающий на ваши вопросы об участии в плане, страховых выплатах, претензиях и апелляциях. Дополнительную информацию об отделе обслуживания участников плана см. в **разделе A главы 2** *Справочника участника плана*.

**Сетевая аптека —** аптека, которая согласилась выдавать участникам нашего плана лекарства по рецепту. Мы называем такие аптеки сетевыми, поскольку они согласились работать с нашим планом страхования. В большинстве случаев мы покрываем отпускаемые по рецепту лекарства, только если они получены в одной из наших сетевых аптек.

**Сетевой поставщик —** «Поставщик» является общим понятием, включающим врачей, медсестер и других лиц, предоставляющих услуги и уход. В данное понятие также входят больницы, агентства по оказанию медицинской помощи на дому, клиники и другие учреждения, предоставляющие медицинские услуги, медицинское оборудование, а также долгосрочные услуги и средства реабилитации.

- Все эти поставщики услуг лицензированы или сертифицированы программой Medicare и штатом для оказания медицинских услуг.
- Мы называем таких поставщиков услуг сетевыми, если они согласились работать с нашим планом страхования, принимают нашу оплату и не взимают с участников плана дополнительную плату.
- Поскольку вы являетесь участником нашего плана, для получения покрываемых услуг вам следует обращаться к сетевым поставщикам услуг. Сетевые поставщики услуг также называются «поставщиками услуг плана страхования».

**Центр или учреждение сестринского ухода —** учреждение, где предоставляют уход людям, которые не нуждаются в лечении в больнице, но не могут получить необходимый уход дома.

**Омбудсмен —** Управление в вашем штате, которое выступает в качестве защитника ваших интересов. Сотрудники ведомства могут ответить на ваши вопросы, если у вас есть проблема или жалоба, а также разъяснить, что вам следует делать в той или иной ситуации. Услуги омбудсмена предоставляются бесплатно. Дополнительную информацию см. в **разделе I главы 2** и **разделе B главы 9** *Справочника участника плана*.

**Заключение организации.** Наш план страхования принимает заключение организации, когда мы или один из наших поставщиков услуг решаем, покрываются ли услуги или какова ваша доля расходов на них.
Заключения организации также называются «решениями о страховом покрытии». Подробнее о решениях о страховом покрытии см. в **разделе D главы 9** *Справочника участника плана*.

**Оригинальный биологический препарат —** биологический препарат, который был одобрен Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) и служит для сравнения производителей, создающих биоаналог. Он также называется «референтный препарат».

**Original Medicare (традиционная программа Medicare или Medicare со сдельной оплатой услуг).** Правительство предлагает программу Original Medicare. В рамках программы Original Medicare услуги покрываются путем выплаты врачам, больницам и другим поставщикам медицинских услуг сумм, которые установлены Конгрессом США.

- Вы можете обращаться к любому врачу, в любую больницу и к любому другому поставщику медицинских услуг, если они работают по программе Medicare. Программа Original Medicare состоит из двух частей: Medicare Part A (больничное страхование) и Medicare Part B (медицинская страховка).
- Программа Original Medicare предоставляется на всей территории Соединенных Штатов.
- Если вы не хотите быть участником нашего плана страхования, вы можете выбрать Original Medicare.

**Внесетевая аптека —** Аптека, которая не соглашалась сотрудничать с нашим планом с целью координации или предоставления покрываемых лекарственных препаратов участникам нашего плана. Наш план страхования не покрывает большинство лекарств, приобретаемых во внесетевых аптеках, кроме особых случаев.

**Внесетевой поставщик услуг** или **внесетевое учреждение —** поставщик услуг или учреждение, которые не являются сотрудниками нашего плана, не принадлежат ему, не находятся под его управлением и не имеют с планом договора о предоставлении участникам плана покрываемых услуг. Подробнее о внесетевых поставщиках услуг или учреждениях см. в **разделе D4 главы 3** *Справочника участника плана*.

**Безрецептурные (OTC) лекарственные препараты.** Безрецептурными называются лекарства или препараты, которые можно купить без рецепта от медицинского специалиста.

**Часть A —** См. определение «Программа Medicare Part A».

**Часть B —** См. определение «Программа Medicare Part B».

**Часть C —** См. определение «Программа Medicare Part C».

**Часть D —** См. определение «Программа Medicare Part D».

**Лекарственные препараты по части D —** См. определение «Лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare Part D».

**Персональная медицинская информация (также называемая защищенной медицинской информацией) (PHI):** Информация о вас и вашем здоровье, например, ваше имя, адрес, номер социального страхования, визиты к врачу и история болезни. Дополнительную

информацию о защите, использовании и раскрытии вашей PHI, а также ваших правах в отношении такой информации см. в нашем Уведомлении о политике конфиденциальности.

**Поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) —** Врач или другой поставщик услуг, которого вы посещаете в первую очередь по большинству вопросов, связанных со здоровьем. Он или она следят за тем, чтобы вы получали помощь, которая поможет вам сохранить здоровье.

- Он или она также могут обсуждать ваше лечение с другими врачами и поставщиками медицинских услуг и давать вам направление к ним.
- Во многих планах медицинского страхования Medicare вы должны сначала посетить своего поставщика первичного медицинского обслуживания, прежде чем обращаться к любому другому поставщику медицинских услуг.
- Информацию о получении услуг от поставщиков первичного медицинского обслуживания см. в **разделе D главы 3** *Справочника участника плана*.

**Предварительное разрешение (PA) —** разрешение, которое вы должны получить от нас, прежде чем сможете получить определенную услугу или лекарство либо обратиться к внесетевому поставщику услуг. Наш план страхования может не покрыть услугу или лекарство, если вы сначала не получили разрешения.

Наш план страхования покрывает некоторые медицинские услуги в пределах сети только в том случае, если ваш врач или другой сетевой поставщик услуг предварительно получил от нас предварительное разрешение (PA).

- Покрываемые услуги, которые требуют предварительного разрешения (PA) от нашего плана

страхования, отмечены в **главе 4** *Справочника участника плана*. Наш план страхования покрывает

некоторые лекарства, только если вы получили от нас предварительное разрешение (PA).

- Покрываемые лекарственные препараты, которые требуют предварительного разрешения (PA) от нашего плана страхования, отмечены в *Перечне покрываемых лекарств,* а правила опубликованы на нашем веб-сайте.

**Программа комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей (PACE) —** программа, которая предоставляет страховое покрытие в рамках программ Medicare и Medicaid одновременно лицам в возрасте от 55 лет, нуждающимся в значительном объеме медицинского обслуживания для проживания дома.

**Протезы и ортопедические изделия —** медицинские устройства, назначенные вашим врачом или другим поставщиком медицинских услуг, которые включают, помимо прочего, ортезы для рук, 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 по улучшению качества обслуживания (QIO) —** группа врачей и других специалистов в области здравоохранения, которые помогают улучшить качество обслуживания участников программы Medicare. Работу организации QIO, направленную на контроль и улучшение качества ухода за пациентами, оплачивает федеральное правительство. Информацию об организации QIO см. в **разделе F главы 2** *Справочника участника плана*.

**Ограничения по количеству —** ограничение по количеству лекарственного препарата, которое вы можете получить. Мы можем ограничить количество лекарственного препарата, покрываемого по одному рецепту.

**Инструмент проверки страхового покрытия в реальном времени (Real Time Benefit Tool) —** портал или компьютерное приложение, с помощью которого участники программы страхования могут найти полную, точную, своевременную, клинически приемлемую, специфическую для конкретного участника информацию о покрываемых лекарственных препаратах и страховом покрытии. Сюда входят суммы участия в расходах, альтернативные препараты, 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.

**Направление.** Направление — это разрешение от вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) обратиться к другому поставщику услуг. Если вы сначала не получите такое разрешение, мы можем не покрыть услуги. Вам не требуется направление для обращения к определенным врачам узкой специализации, например к гинекологу. Дополнительную информацию о направлениях см. в **разделе B главы 3** и **разделе D главы 4** *Справочника участника плана*.

**Услуги реабилитации —** лечение, позволяющее вам восстановиться после болезни, несчастного случая или серьезной операции. Подробнее об услугах реабилитации см. в **разделе D главы 4** *Справочника участника плана*.

**Медицинская помощь по деликатным вопросам.** Услуги, связанные с психическим, сексуальным и репродуктивным здоровьем, планированием семьи, лечением инфекций, передающихся половым путем (ИППП), ВИЧ/СПИДа и последствий сексуального насилия, проведением абортов, лечением расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, проведением терапии для подтверждения гендерной идентичности и лечением травм, связанных с агрессивными действиями сексуального партнера.

**Зона обслуживания.** Географическая область, в которой план медицинского страхования принимает участников, если участие ограничено по месту проживания. Для планов, устанавливающих ограничения относительно врачей и больниц, услугами которых вы можете пользоваться, как правило, это также область, где вы можете получить плановые (неэкстренные) услуги. Стать участниками нашего плана страхования могут только лица, проживающие в нашей зоне обслуживания.

**Учреждение квалифицированного сестринского ухода (SNF) —** учреждение сестринского ухода, располагающее персоналом и оборудованием для оказания

квалифицированного сестринского ухода и предоставляющее, в большинстве случаев, квалифицированные реабилитационные услуги и другие связанные с реабилитацией медицинские услуги.

**Услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода (SNF) —** услуги квалифицированного сестринского ухода и реабилитации, предоставляемые на постоянной ежедневной основе в учреждении квалифицированного сестринского ухода. Примером обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода может быть физиотерапия или внутривенные (в/в) инъекции, которые выполняет дипломированная медсестра или врач.

**Врач узкой специализации —** врач, предоставляющий медицинские услуги по лечению конкретного заболевания или части тела.

**Специализированная аптека.** Подробнее о специализированных аптеках см. в **разделе A5 главы 5** *Справочника участника плана*.

**Рассмотрение органами власти штата.** Если ваш врач или другой поставщик услуг запрашивает услугу в рамках Medi-Cal, которую мы не одобряем, либо если мы отказываемся продолжать оплачивать услугу в рамках Medi-Cal, которую вы уже получаете, вы имеете право запросить рассмотрение органами власти штата. Если решение по результатам рассмотрения органами власти штата будет в вашу пользу, мы должны предоставить вам запрашиваемую услугу.

**Поэтапное лечение.** Правило страхового покрытия, которое требует, чтобы вы попробовали принимать другое лекарство, прежде чем мы покроем запрашиваемое вами лекарство.

**Дополнительный социальный доход (SSI).** 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.

**Неотложная медицинская помощь —** медицинская помощь, которую вы получаете в случае внезапной болезни, травмы или состояния, которые не требуют экстренной медицинской помощи, но требует немедленного медицинского вмешательства. Вы можете получить неотложную медицинскую помощь у внесетевых поставщиков услуг, если в силу вашего времени, места или имеющихся обстоятельств вы не можете попасть на прием к ним, поскольку это невозможно или нецелесообразно (например, если вы 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).

**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 сурдопереводчиков
  - Письменная информация в других форматах (крупный шрифт, аудиоформат, доступные электронные форматы, другие форматы)
- Бесплатные услуги перевода людям, для которых английский язык не является родным, в том числе:
  - Услуги квалифицированных переводчиков
  - Информационные материалы на других языках

Если вам нужны эти услуги, обращайтесь в компанию Wellcare By Health Net по номеру **1-800-431-9007**. В период с 1 октября по 31 марта нам можно звонить в любой день недели с 8 a.m. до 8 p.m., а с 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни можно оставить сообщение. 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:

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.

**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

- **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 **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 Министерства 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 Министерства здравоохранения и социальных служб США по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- **По телефону:** звоните 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 исковых заявлений размещены по адресу: **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**.

## Отдел обслуживания участников плана Wellcare by Health Net

| | |
|---|---|
| **ТЕЛЕФОН** | 1-800-431-9007<br>Звонки на этот номер бесплатны, С 1 октября по 31 марта наши 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 также предоставляет бесплатные услуги перевода лицам, не владеющим английским языком. |
| **TTY** | 711. Этот номер предусматривает наличие специального телефонного оборудования и предназначен только для лиц с нарушениями слуха или речи.<br>Звонки на этот номер бесплатны, С 1 октября по 31 марта наши 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. |
| **ПОЧТОВЫЙ АДРЕС** | Wellcare by Health Net<br>PO Box 748658<br>Los Angeles, CA 90074-8658 |
| **САЙТ** | www.wellcare.com/healthnetCA |

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши 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.

**Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке www.wellcare.com/healthnetCA.

**Эта страница намеренно оставлена пустой**