1 января – 31 декабря 2027 г.

Документ об объеме страховой ответственности страховщика на 2027 год:

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

В настоящем документе подробно описывается ваше медицинское страхование и страховое покрытие лекарственных препаратов по программе Medicare в период с 1 января по 31 декабря 2027 г. **Это важный юридический документ. Храните его в надежном месте.**

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

- Ваш страховой взнос и участие в расходах
- Доступные вам медицинские услуги и лекарственные препараты
- Порядок подачи жалобы, если вы не удовлетворены предоставленной услугой или лечением
- Как с нами связаться
- Прочие средства правовой защиты, предусмотренные правилами Medicare

По вопросам, связанным с данным документом, звоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711). Часы работы: 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.

Данный план, Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP), предлагается компанией HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC. Слова «мы», «нас», «нам», «нами» или «наш» в тексте настоящего *Документа об объеме страховой ответственности страховщика* означают компанию HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC. Слова «план» или «наш план» относятся к плану Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP).

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)
7108173_CA7CNCEOCRUS_M_0009
H3561009000

Настоящий документ может быть бесплатно предоставлен на следующих языках: испанский, арабский, корейский, русский, тагальский, вьетнамский, фарси и китайский. Мы можем присылать вам материалы на языке, отличном от английского (в дополнение к перечисленным выше языкам), или в альтернативном формате (например, напечатанные шрифтом Брайля или крупным шрифтом либо в аудиоформате). Если вам нужна информация о плане в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

Список покрываемых планом услуг, не покрываемые страховкой минимумы и/или условия доплат/дополнительных взносов могут измениться 1 января 2028 г.

В любое время могут быть внесены изменения в наш справочник лекарств, сеть аптек и/или сеть поставщиков услуг. Вы получите уведомление о любом изменении, которое может затронуть вас, не менее чем за 30 дней до вступления изменения в силу.

На основании оценки модели медицинского обслуживания план Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) был одобрен Национальным комитетом по обеспечению качества (NCQA) как план для лиц с особыми потребностями (SNP) до конца 2027 года.

Содержание

ГЛАВА 1. Информация для новых участников плана 5

РАЗДЕЛ 1 Вы являетесь участником плана Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 5

РАЗДЕЛ 2 Требования к участию в плане 6

РАЗДЕЛ 3 Что происходит, когда вы впервые становитесь участником нашего плана страхования 9

РАЗДЕЛ 4 Важные материалы для участников плана 10

РАЗДЕЛ 5 Сводная информация о важных расходах на 2027 год 12

РАЗДЕЛ 6 Дополнительная информация о вашем ежемесячном страховом взносе по плану 18

РАЗДЕЛ 7 Поддержание ваших данных участника плана страхования в актуальном состоянии 19

РАЗДЕЛ 8 Совмещение нашего плана страхования с другими программами медицинского страхования 20

ГЛАВА 2. Номера телефонов и ресурсы 22

РАЗДЕЛ 1 Контактная информация нашего плана 22

РАЗДЕЛ 2 Получение справочной информации по программе Medicare 28

РАЗДЕЛ 3 Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP) 30

РАЗДЕЛ 4 Организация повышения качества обслуживания (QIO) 31

РАЗДЕЛ 5 Служба социального обеспечения 32

РАЗДЕЛ 6 Medicaid 32

РАЗДЕЛ 7 Программы помощи в оплате расходов на рецептурные препараты 35

РАЗДЕЛ 8 Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB) 38

РАЗДЕЛ 9 Вы участвуете в программе коллективного страхования или в другой программе медицинского страхования, предоставляемой работодателем? 39

ГЛАВА 3. Использование нашего плана для получения медицинских и прочих покрываемых услуг 41

РАЗДЕЛ 1 Порядок получения медицинского обслуживания и прочих услуг, предоставляемых участникам нашего плана 41

РАЗДЕЛ 2 Использование представленных в сети нашего плана поставщиков услуг для получения медицинского обслуживания и прочих услуг 43

Содержание

РАЗДЕЛ 3 Порядок получения услуг в экстренной ситуации, в случае стихийного бедствия или при необходимости оказания неотложной медицинской помощи 50

РАЗДЕЛ 4 Вы получили счет на оплату полной стоимости ваших услуг 53

РАЗДЕЛ 5 Медицинские услуги в рамках клинического исследования 54

РАЗДЕЛ 6 Правила получения услуг в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения 55

РАЗДЕЛ 7 Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования 57

ГЛАВА 4. Таблица страхового покрытия (список покрываемых услуг) 59

РАЗДЕЛ 1 Объяснение покрываемых услуг 59

РАЗДЕЛ 2 В таблице страхового покрытия представлены ваши медицинские услуги и расходы 60

РАЗДЕЛ 3 Услуги, покрываемые вне плана 129

РАЗДЕЛ 4 Услуги, которые не покрываются нашим планом (исключения) 130

ГЛАВА 5. Использование страхового покрытия по плану для лекарственных препаратов, покрываемых по программе Часть D 134

РАЗДЕЛ 1 Основные правила страхового покрытия лекарственных препаратов по программе Часть D нашим планом страхования 134

РАЗДЕЛ 2 Получение лекарственных препаратов по рецепту в сетевой аптеке или в рамках услуги заказа с доставкой по почте 135

РАЗДЕЛ 3 Ваши лекарства должны быть представлены в нашем Перечне лекарств плана страхования 141

РАЗДЕЛ 4 Лекарственные препараты с ограничениями на страховое покрытие 144

РАЗДЕЛ 5 Что вы можете сделать, если один из ваших лекарственных препаратов не покрывается так, как вам хотелось бы 145

РАЗДЕЛ 6 В наш Перечень лекарств в течение года могут вноситься изменения 148

РАЗДЕЛ 7 Типы лекарственных препаратов, которые мы не покрываем 151

РАЗДЕЛ 8 Как получить лекарства по рецепту 152

РАЗДЕЛ 9 Страховое покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D в особых ситуациях 153

РАЗДЕЛ 10 Программы безопасного приема лекарственных препаратов и управления лекарственным обеспечением 154

Содержание

ГЛАВА 6. Сколько вам нужно платить за лекарственные препараты по программе Часть D 158

РАЗДЕЛ 1 Сколько вам нужно платить за лекарственные препараты по программе Часть D 158

РАЗДЕЛ 2 Стадии оплаты лекарственных препаратов для участников нашего плана 161

РАЗДЕЛ 3 В отчете *«Разъяснение страховых выплат по программе Часть D»* объясняется, на какой стадии оплаты вы находитесь 161

РАЗДЕЛ 4 Стадия не покрываемого страховкой минимума 163

РАЗДЕЛ 5 Стадия первоначального страхового покрытия 164

РАЗДЕЛ 6 Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов 177

РАЗДЕЛ 7 Стоимость вакцин по программе Часть D для вас 177

ГЛАВА 7. Направление запроса на оплату нашей доли счета за покрываемые медицинские услуги или лекарственные препараты 180

РАЗДЕЛ 1 Ситуации, в которых вам следует попросить нас оплатить нашу долю за покрываемые услуги или лекарственные препараты 180

РАЗДЕЛ 2 Порядок обращения к нам по поводу возмещения ваших расходов или оплаты полученного вами счета 183

РАЗДЕЛ 3 Мы рассмотрим ваш запрос на оплату и вынесем положительное или отрицательное решение 184

ГЛАВА 8. Ваши права и обязанности 186

РАЗДЕЛ 1 Наш план должен уважать ваши права и культурные особенности 186

РАЗДЕЛ 2 Ваши обязанности как участника нашего плана 198

ГЛАВА 9. Если у вас возникла проблема или жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы) 200

РАЗДЕЛ 1 Порядок действий при наличии проблемы или вопроса 200

РАЗДЕЛ 2 Где получить дополнительную информацию и персонализированную помощь 201

РАЗДЕЛ 3 Какую процедуру использовать для решения вашей проблемы 202

РАЗДЕЛ 4 Решение проблем, связанных с услугами по программе Medicare 203

РАЗДЕЛ 5 Рекомендации для принятия решений о предоставлении страхового покрытия и подачи апелляций 203

Содержание

РАЗДЕЛ 6 Ваше медицинское обслуживание: как направить запрос по поводу решения о покрытии или подать апелляцию 207

РАЗДЕЛ 7 Рецептурные лекарственные препараты по программе Часть D: как направить запрос по поводу решения о страховом покрытии или подать апелляцию 216

РАЗДЕЛ 8 Как попросить нас покрыть дальнейшее пребывание в стационаре больницы, если вы считаете, что вас выписывают преждевременно.....228

РАЗДЕЛ 9 Как попросить нас продолжить покрывать определенные медицинские услуги, если вы считаете, что ваше покрытие заканчивается преждевременно..... 233

РАЗДЕЛ 10 Обжалование на 3-м, 4-м и 5-м уровнях.....238

РАЗДЕЛ 11 Порядок подачи жалобы на качество услуг, время ожидания, работу отдела обслуживания клиентов или по другим вопросам.....241

РАЗДЕЛ 12 Решение проблем, связанных с услугами по программе California Medi-Cal (Medicaid).....246

ГЛАВА 10. Прекращение участия в нашем плане страхования 247

РАЗДЕЛ 1 Прекращение вашего участия в нашем плане 247

РАЗДЕЛ 2 Когда вы можете выйти из нашего плана страхования?.....247

РАЗДЕЛ 3 Порядок прекращения вашего участия в нашем плане.....251

РАЗДЕЛ 4 Вы должны продолжать получать медицинские товары, услуги и лекарства через наш план страхования до тех пор, пока не выйдете из него.....253

РАЗДЕЛ 5 План Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) должен прекратить ваше участие в плане в определенных ситуациях.....253

ГЛАВА 11. Предусмотренные законом уведомления 256

РАЗДЕЛ 1 Уведомление о регулирующем законодательстве 256

РАЗДЕЛ 2 Уведомление о недопущении дискриминации 256

РАЗДЕЛ 3 Уведомление о правах вторичного плательщика Medicare на суброгацию.....257

РАЗДЕЛ 4 Возмещение расходов на услуги, оплаченных нашим планом в рамках плана Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP).....257

РАЗДЕЛ 5 Карта участника плана страхования 259

РАЗДЕЛ 6 Независимые подрядчики.....260

РАЗДЕЛ 7 Мошенничество в отношении плана медицинского страхования.....260

РАЗДЕЛ 8 Обстоятельства, не зависящие от плана страхования 261

ГЛАВА 12. Определения 262

ГЛАВА 1.
Информация для новых участников плана

РАЗДЕЛ 1 Вы являетесь участником плана Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

Раздел 1.1 Вы присоединились к плану Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP), который представляет собой план Medicare для лиц с особыми потребностями

Ваше медицинское обслуживание покрывается как программой Medicare, так и программой California Medi-Cal (Medicaid).

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

Для получения покрытия медицинских услуг Medicare и лекарственных препаратов вы выбрали наш план страхования, Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP). Наш план покрывает все услуги в рамках программы Часть A и Часть B. Однако условия участия в расходах и доступа к поставщикам услуг в рамках нашего плана отличаются от Original Medicare.

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

Поскольку вы получаете от программы California Medi-Cal (Medicaid) помощь с оплатой вашей доли расходов в рамках Medicare Part A и B (не покрываемые страховкой минимумы, доплаты и суммы совместного страхования), возможно, вам не придется ничего платить за услуги по программе Medicare. Программа California Medi-Cal (Medicaid) также может предоставлять вам

другие льготы в виде покрытия медицинских услуг, которые обычно не покрываются в рамках Medicare. Помимо этого, в рамках программы Medicare для вас будет предусмотрена программа «Дополнительная помощь» (Extra Help), позволяющая вам оплачивать расходы на лекарственные препараты по программе Medicare. Наш план страхования поможет вам координировать все эти льготы, чтобы вы могли получать медицинские услуги и финансовую помощь, на которые вы имеете право.

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

Раздел 1.2 Юридическая информация о *Документе об объеме страховой ответственности страховщика*

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

Договор действует в течение месяцев, когда вы являетесь участником нашего плана, в период с 1 января 2027 года по 31 декабря 2027 года.

Программа Medicare разрешает нам вносить изменения в предлагаемые нами планы в каждом календарном году. Это значит, что мы можем изменить расходы и льготы, предусмотренные нашим планом, после 31 декабря 2027 г. Кроме того, после 31 декабря 2027 г. мы можем прекратить действие нашего плана в вашей зоне обслуживания.

Программы Medicare (Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid) и California Medi-Cal (Medicaid) должны утвердить наш план. Вы можете продолжать ежегодно получать страховое покрытие по программе Medicare как участник нашего плана в течение всего времени, пока мы предлагаем наш план, при условии его регулярного утверждения программами Medicare и California Medi-Cal (Medicaid).

РАЗДЕЛ 2 Требования к участию в плане

Раздел 2.1 Необходимые условия для соответствия требованиям

Вы имеете право на участие в нашем плане при условии соблюдения всех следующих условий:

- Вы являетесь участником программ Medicare Part A и Medicare Part B.

- Вы проживаете в нашей географической зоне обслуживания (описанной в разделе 2.3). Люди, находящиеся в тюремном заключении, не считаются проживающими в зоне обслуживания, даже если они физически находятся в ее пределах.
- Вы являетесь гражданином или подданным Соединенных Штатов либо имеете право на получение пособий в качестве иностранного гражданина, не являющегося гражданином США.
- Вы удовлетворяете описанным ниже особым критериям соответствия условиям плана.

Особые критерии соответствия условиям нашего плана страхования

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

Примечание. Если вы потеряете право на участие в программе California Medi-Cal (Medicaid), но, как ожидается, сможете обоснованно восстановить право на участие в программе в течение 3 месяцев, вы по-прежнему будете иметь право на участие. В разделе 2 главы 4 содержатся сведения о страховом покрытии и участии в расходах в течение этого периода.

Раздел 2.2 Medicaid

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

Кроме того, программа Medicaid предлагает программы для оказания помощи людям в оплате расходов по программе Medicare, например, страховых взносов по программе Medicare. Эти программы снижения расходов по программе Medicare ежегодно помогают людям с низким доходом и ограниченными ресурсами экономить свои деньги:

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

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

Раздел 2.3. Зона обслуживания плана Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

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

Наша зона обслуживания включает следующие округа штата California: Imperial, Kern, Orange, Placer, Riverside, San Bernardino, San Diego и San Francisco.

Если вы планируете переехать в новый штат, вам также следует обратиться в офис программы Medicaid вашего штата и спросить, как этот переезд повлияет на ваши услуги по программе Medicaid. Номера телефонов программы Medicaid указаны в разделе 6 главы 2 настоящего документа.

Если вы переедете за пределы зоны обслуживания нашего плана, вы не сможете оставаться участником этого плана. Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711), чтобы узнать, есть ли у нас план по вашему новому месту жительства. При переезде вам будет предоставлен специальный период регистрации, чтобы либо перейти в Original Medicare, либо вступить в план страхования Medicare с покрытием медицинского обслуживания или лекарственных препаратов на новом месте вашего проживания.

Если вы переехали или изменили свой почтовый адрес, также обязательно позвоните в Службу социального обеспечения. Позвоните в Службу социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 (при использовании TTY набирайте 1-800-325-0778).

Раздел 2.4. Гражданин США, подданный США либо иностранный гражданин, отвечающий требованиям

Вы должны быть гражданином или подданным США или являться лицом, имеющим право на получение пособий в качестве иностранного гражданина, не являющегося гражданином США, чтобы быть участником плана Medicare по покрытию расходов на медицинское обслуживание. Программа Medicare (Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid)

уведомит план страхования Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP), если вы перестанете соответствовать критериям участия в нашем плане на этом основании. Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) исключит вас из плана, если вы не соответствуете этому требованию.

РАЗДЕЛ 3 Что происходит, когда вы впервые становитесь участником нашего плана страхования

Раздел 3.1 Оценка состояния здоровья

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.

HRA — обязательное условие нашего сотрудничества с вами. На основании HRA будет разработан ваш план медицинского обслуживания. Анкета HRA содержит вопросы, позволяющие определить ваши медицинские потребности, потребности в сфере психического здоровья и функциональные потребности.

Мы свяжемся с вами по поводу прохождения HRA. Пройти HRA можно при личном визите, по телефону, почте, электронной почте, в формате текстового сообщения или с помощью защищенного портала для участников плана. Мы вышлем вам более подробную информацию, касающуюся HRA. Затем мы будем связываться с вами раз в год, чтобы узнать о каких-либо изменениях и определить, изменились ли ваши потребности.

Раздел 3.2 Группа медицинского обслуживания и план медицинского обслуживания

Группа медицинского обслуживания поможет вам продолжать получать необходимое обслуживание. В группу медицинского обслуживания могут входить ваш врач, координатор медицинского обслуживания, ваши специалисты или прочие медицинские специалисты, выбранные вами.

Вы работаете с группой медицинского обслуживания, чтобы составить план медицинского обслуживания на основе ваших предпочтений. В плане медицинского обслуживания содержится информация для вас и ваших врачей, а также прочих поставщиков медицинских услуг 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 и прочих услугах.

Ваш план медицинского обслуживания включает:

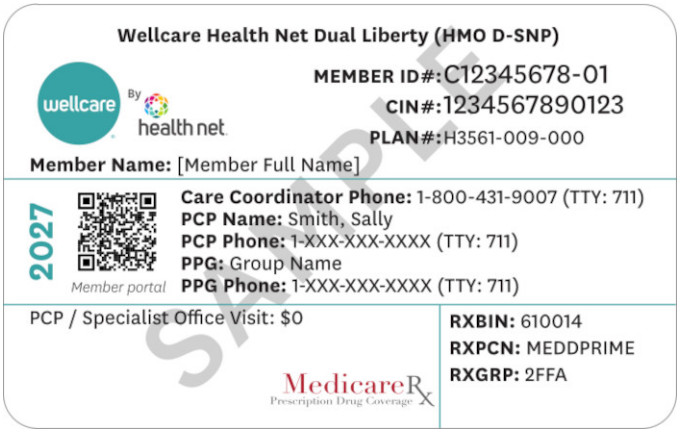
- ваши приоритетные цели медицинского обслуживания, а также
- сроки получения необходимых услуг.

Ваша группа медицинского обслуживания встретится с вами после проведения HRA. Они спросят о необходимых вам услугах. Они также расскажут об услугах, которые могут вас заинтересовать. Ваша группа медицинского обслуживания работает с вами для обновления вашего плана медицинского обслуживания не реже одного раза в год или по мере необходимости, если в состоянии вашего здоровья происходят какие-либо изменения.

РАЗДЕЛ 4 Важные материалы для участников плана

Раздел 4.1 Карта участника нашего плана

Используйте свою карту участника каждый раз при получении каких-либо услуг, покрываемых нашим планом страхования, или рецептурных лекарственных препаратов в сетевой аптеке. Вы также должны предъявлять свою карту участника программы California Medi-Cal (Medicaid) при обращении к поставщику услуг. Образец карты участника:



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

В случае повреждения, утери или кражи карты участника нашего плана страхования сразу же позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711), и мы вышлем вам новую карту.

Раздел 4.2 Каталог поставщиков услуг и аптек

В *Каталоге поставщиков услуг и аптек* go.wellcare.com/2027providerdirectories представлен список действующих сетевых поставщиков услуг. **Сетевые поставщики услуг** — это врачи и прочие медицинские специалисты, медицинские группы, больницы и иные медицинские учреждения, с которыми мы заключили договор о том, что в качестве полной оплаты услуг они будут принимать наши выплаты и любые суммы участия в расходах по плану страхования.

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

Для получения медицинской помощи и услуг вы должны пользоваться услугами сетевых поставщиков. Возможно, вам также придется обратиться к поставщикам услуг из медицинской группы вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP). Если вы хотите обратиться к поставщику медицинских услуг, который не входит в медицинскую группу вашего PCP, вам может потребоваться сменить PCP. Кроме того, вы можете быть ограничены поставщиками услуг в рамках вашей сети поставщиков первичного медицинского обслуживания (PCP) и/или медицинской группы. Это означает, что решение о том, к каким специалистам и в какие больницы вы можете обращаться, принимает ваш PCP и/или медицинская группа. Если вы обратитесь в другое учреждение или к другому специалисту без надлежащего разрешения, вам придется полностью оплатить полученные услуги. К исключениям относятся только экстренные ситуации, услуги неотложной медицинской помощи, когда обращение к сетевым поставщикам невозможно (т. е. ситуации, в которых получение сетевых услуг нецелесообразно или невозможно), услуги диализа за пределами зоны обслуживания, а также случаи, когда план Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) разрешает обращение к внесетевым поставщикам услуг.

Наиболее актуальный список поставщиков услуг доступен на нашем веб-сайте по адресу go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Если у вас нет *Каталога поставщиков услуг и аптек*, вы можете запросить копию (в электронном или бумажном виде) в отделе обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711). Запрошенные бумажные экземпляры *Каталога поставщиков услуг и аптек* отправляются по почте в течение 3 рабочих дней.

В *Каталоге поставщиков услуг и аптек* go.wellcare.com/2027providerdirectories представлен список наших сетевых аптек. **Сетевые аптеки** — это аптеки, которые дали согласие на выдачу покрываемых лекарств по рецепту участникам нашего плана страхования. Воспользуйтесь *Каталогом поставщиков услуг и аптек*, чтобы выбрать сетевую аптеку, в которой вы хотите получать лекарства. Перейдите в раздел 2.4 главы 5 для получения информации о том, в каких случаях вы можете пользоваться услугами аптек, не входящих в сеть нашего плана.

В *Каталоге поставщиков услуг и аптек* вам также представлена информация о том, в каких аптеках нашей сети предлагается привилегированное участие в расходах, что может предполагать меньшую сумму доплаты, чем в случае стандартного участия в расходах, предлагаемого в других аптеках сети в отношении некоторых лекарственных препаратов.

Если у вас нет *Каталога поставщиков услуг и аптек*, вы можете запросить копию в отделе обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711). Кроме того, эта информация доступна на нашем веб-сайте по адресу: go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Раздел 4.3 Перечень лекарств (справочник лекарств)

В нашем плане есть *Перечень покрываемых лекарств* (также называемый «Перечень лекарств» или «справочник лекарств»). В этом перечне указано, какие рецептурные препараты по программе Часть D покрываются по плану страхования Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP). Лекарства, входящие в этот перечень, выбираются представителями нашего плана при помощи врачей и фармацевтов. Перечень лекарств соответствует всем требованиям программы Medicare. Лекарственные препараты, включенные в программу Medicare по переговорам о цене лекарственных препаратов, будут включены в ваш Перечень лекарств, если они не были удалены или заменены, как описано в разделе 6 главы 5. Перечень лекарств Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) был одобрен Medicare.

Кроме того, в Перечне лекарств также содержится информация о правилах, ограничивающих страховое покрытие в отношении лекарственных препаратов.

Мы предоставим вам копию Перечня лекарств. Для получения наиболее полной и актуальной информации о том, какие лекарственные препараты покрываются, посетите веб-сайт go.wellcare.com/druglist-53 или позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

РАЗДЕЛ 5 Сводная информация о важных расходах на 2027 год

	Ваши расходы в 2027 году
Ежемесячный страховой взнос по плану* * Ваш страховой взнос может быть выше этой суммы. Подробнее см. в разделе 5.1.	**$0**
Максимальная сумма личных расходов Это максимальная сумма ваших личных расходов на услуги, покрываемые в рамках программы Часть A и Часть B. (Перейдите в раздел 1 главы 4 для получения более подробных сведений.)	**$9,850** **Вы не обязаны оплачивать какие-либо личные расходы в счет максимальной суммы личных расходов за услуги, покрываемые в рамках программы Часть A и Часть B.**
Приемы у поставщика первичного медицинского обслуживания	**Доплата $0 за посещение**
Приемы у специалиста	**Доплата $0 за посещение**

	Ваши расходы в 2027 году
Пребывания в стационаре больницы Предусмотрены пребывания в стационаре больницы различных типов, включая медицинскую помощь при острых состояниях, реабилитацию и долгосрочный уход. Пребывание в стационаре больницы отсчитывается со дня вашего официального поступления в больницу по указанию врача и до дня, предшествующего дате выписки.	**При покрываемом программой Medicare пребывании в учреждении за каждое пребывание:** **Доплата $0 за каждое пребывание в стационаре.**
Страховое покрытие лекарств по программе Часть D (Подробная информация, включая этапы ежегодного не покрываемого страховкой минимума, первоначального страхового покрытия и достижения предела самостоятельных расходов, приведена в главе 6.)	**Не покрываемый страховкой минимум в рамках страхового покрытия лекарств по программе Часть D** **$700, за исключением покрываемых препаратов инсулина и большинства вакцин для взрослых в рамках программы Часть D.** **Доплата/дополнительный взнос на стадии первоначального страхового покрытия:** **Лекарства уровня 1:** **Стандартное участие в расходах: доплата в размере $15** **Привилегированное участие в расходах: доплата в размере $0** **Лекарства уровня 2:** **Стандартное участие в расходах: дополнительный взнос в размере 25%** **Вы платите не более $35 за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне.** **Привилегированное участие в расходах: дополнительный взнос в размере 20%**

	Ваши расходы в 2027 году
	Вы платите не более $35 за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне. **Лекарства уровня 3:** **Стандартное участие в расходах: дополнительный взнос в размере 41%** **Вы платите не более $35 за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне.** **Привилегированное участие в расходах: дополнительный взнос в размере 41%** **Вы платите не более $35 за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне.** **Лекарства уровня 4:** **Стандартное участие в расходах: дополнительный взнос в размере 15%** **Привилегированное участие в расходах: дополнительный взнос в размере 0%** **Лекарства уровня 5:** **Стандартное участие в расходах: дополнительный взнос в размере 25%** **Привилегированное участие в расходах: дополнительный взнос в размере 25%** **Лекарства уровня 6:** **Стандартное участие в расходах: доплата в размере $0** **Привилегированное участие в расходах: доплата в размере $0** **Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов:** **На этой стадии оплаты вы ничего не платите за покрываемые лекарства по программе Часть D и за исключенные лекарства, покрываемые в рамках расширенного покрытия.**

Ваши расходы могут включать следующее:

- Страховой взнос по плану (раздел 5.1)
- Ежемесячный страховой взнос по программе Medicare Part B (раздел 5.2)
- Надбавка за позднюю регистрацию в программе Часть D (раздел 5.3)
- Сумма связанной с доходом ежемесячной корректировки (раздел 5.4)
- Сумма по плану оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare (раздел 5.5)

Раздел 5.1 Страховой взнос по плану

Поскольку программа «Дополнительная помощь» оплачивает страховой взнос от вашего имени, вы не платите отдельный ежемесячный страховой взнос по нашему плану страхования.

Раздел 5.2 Ежемесячный страховой взнос по программе Medicare Part B

Многие участники обязаны выплачивать другие взносы по программе Medicare

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

Если California Medi-Cal (Medicaid) не оплачивает ваши страховые взносы по программе Medicare за вас, вы должны продолжать самостоятельно оплачивать страховые взносы по программе Medicare, чтобы оставаться участником нашего плана страхования. Это включает в себя страховой взнос в рамках программы Часть B. Кроме того, вам может быть необходимо оплатить страховые взносы в рамках программы Часть A, если вы не имеете права на участие в программе Часть A без страхового взноса.

Раздел 5.3 Надбавка за позднюю регистрацию в программе Часть D

Поскольку у вас есть право участвовать в двух программах, надбавка за позднюю регистрацию (LEP) не применяется, пока вы сохраняете за собой это право, однако его потеря может повлечь за собой LEP. Надбавка за позднюю регистрацию в программе Часть D — это дополнительный страховой взнос, который необходимо оплачивать за покрытие по программе Часть D, если в любое время после окончания первоначального периода регистрации у вас отсутствовало страховое покрытие по программе Часть D или другое надежное страховое покрытие расходов на препараты в течение 63 или более дней подряд. Надежное страховое покрытие расходов на рецептурные препараты — это страховое покрытие, соответствующее минимальным стандартам Medicare, поскольку оно должно обеспечивать в среднем по крайней мере не меньшие

выплаты, чем стандартное страховое покрытие Medicare в отношении рецептурных препаратов. Размер надбавки за позднюю регистрацию зависит от того, как долго вы не имели страхового покрытия в рамках программы Часть D или другого надежного страхового покрытия расходов на рецептурные препараты. В целом, вам придется уплачивать эту надбавку на протяжении всего срока действия страхового покрытия по программе Часть D.

Вы **не** обязаны уплачивать надбавку за позднюю регистрацию в программе Часть D, если:

- Вы получаете дополнительную помощь по программе Medicare в оплате расходов на лекарственные препараты.
- У вас не было надежного страхового покрытия или покрытия в рамках Части D в течение менее 63 дней подряд.
- Ваше надежное страховое покрытие расходов предоставлялось другими способами (например, вашим бывшим работодателем, профсоюзной организацией, программой TRICARE или Администрацией по охране здоровья ветеранов (VA)). Ваш страховщик или отдел кадров ежегодно будут сообщать вам, является ли ваше страховое покрытие надежным. Вы можете получить эту информацию в письме или в информационной рассылке этого плана. Сохраняйте ее, так как она может вам понадобиться в случае последующей регистрации в плане Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты.
    - **Примечание.** В любом письме или уведомлении должно быть указано, что вы обладали надежным страховым покрытием расходов на рецептурные препараты, которое, как ожидается, будет оплачивать отпускаемые по рецепту лекарства по меньшей мере в том же объеме, что и стандартный план Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты.
    - **Примечание.** Карты скидок на рецептурные лекарственные препараты, бесплатные клиники и веб-сайты, продающие лекарства со скидками, не являются надежным покрытием рецептурных лекарственных препаратов.

Сумму надбавки за позднюю регистрацию в программе Часть D определяет Medicare. Ее общие правила приведены ниже.

- Сначала подсчитывается количество полных месяцев задержки вашей регистрации в плане Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты, начиная с того момента, как у вас появилось право в нем зарегистрироваться. Или же определяется количество полных месяцев отсутствия у вас надежного страхового покрытия расходов на лекарственные препараты, если перерыв составил не менее 63 дней.
- Затем Medicare определяет сумму среднемесячного страхового взноса по плану для планов Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты, действующих в стране, исходя из данных за прошлый год (национальный базовый страховой взнос получателя страхового покрытия). В 2027 году такой среднемесячный страховой взнос составил $41.33.

- Чтобы рассчитать ежемесячную сумму надбавки, Medicare умножает количество непокрытых месяцев (процентная величина надбавки) на 1% от национального базового страхового взноса и затем округляет результат до ближайших 10 центов. Например, если вы остаетесь без покрытия по программе Часть D или другого надежного страхового покрытия в течение 14 месяцев, надбавка составит 14% от $41.33, то есть $5.79. Этот результат округляется до $5.80. Полученная сумма будет добавлена **к ежемесячному страховому взносу по плану для лица, которому начислена надбавка за позднюю регистрацию в программе Часть D**.

Три важных момента, которые нужно знать в связи с ежемесячной надбавкой за позднюю регистрацию в программе Часть D:

- **Надбавка может меняться каждый год,** поскольку национальный базовый страховой взнос получателя страхового покрытия может меняться каждый год.
- **Как правило, вы будете продолжать выплачивать надбавку** каждый месяц, пока будете зарегистрированы в плане, включающем страховое покрытие лекарств по программе Medicare Part D, даже если вы смените планы.
- Если вам еще *не исполнилось* 65 лет и вы зарегистрированы в программе Medicare, надбавка за позднюю регистрацию в программе Часть D будет отменена, когда вам исполнится 65 лет. По достижении 65 лет ваша надбавка за позднюю регистрацию в программе Часть D будет рассчитываться только лишь исходя из количества месяцев отсутствия у вас страхового покрытия после окончания первоначального периода регистрации в программе Medicare по возрасту.

Если вы не согласны с начислением надбавки за позднюю регистрацию в программе Часть D, вы или ваш представитель можете обратиться с запросом на пересмотр решения о начислении надбавки (апелляция). Пересмотр происходит с привлечением независимой экспертной организации, которая с нами не связана. Как правило, вы должны попросить об этом пересмотре **в течение 60 дней** с даты на первом полученном вами письме, в котором сказано, что вам необходимо платить надбавку за позднюю регистрацию. Однако если вы оплачивали надбавку до регистрации вас в нашем плане, как правило, у вас не будет другой возможности попросить о пересмотре надбавки за позднюю регистрацию.

Раздел 5.4 Сумма связанной с доходом ежемесячной корректировки

Если вы потеряете право на участие в этом плане из-за изменений в своем доходе, некоторым участникам может потребоваться оплатить дополнительный сбор за свой план Medicare, известный как сумма связанной с доходом ежемесячной корректировки (IRMAA) по программе Часть D. Размер дополнительного сбора рассчитывается с учетом вашего валового дохода с поправками и изменениями, указанного в налоговой декларации IRS двухлетней давности. Если эта сумма превышает определенную величину, то вы будете выплачивать страховой взнос в стандартном размере и дополнительный взнос IRMAA. Для получения более подробной информации о дополнительной сумме, которую вам, возможно, придется заплатить в зависимости от вашего дохода, посетите веб-сайт Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Если вы обязаны выплачивать дополнительную IRMAA, Служба социального обеспечения (но не ваш план Medicare) направит вам письмо с указанием размера дополнительной суммы. Эта дополнительная сумма будет удержана из вашего пособия от Службы социального обеспечения, Совета по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта или Управления кадровой службы независимо от того, как вы обычно выплачиваете свои страховые взносы, за исключением случаев, когда ежемесячное пособие не покрывает причитающуюся дополнительную сумму. Если пособия недостаточно для покрытия дополнительной суммы, вы получите счет от Medicare. **Вы должны платить эту дополнительную IRMAA государству. Ее нельзя выплачивать вместе с ежемесячным страховым взносом в рамках плана. Если вы не будете платить дополнительную IRMAA, вас исключат из нашего плана и вы потеряете страховое покрытие на рецептурные лекарственные препараты.**

Если вы не согласны выплачивать дополнительную IRMAA, вы можете обратиться в Службу социального обеспечения с запросом на пересмотр соответствующего решения. Чтобы уточнить, как это сделать, позвоните в Службу социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 (при использовании TTY набирайте 1-800-325-0778).

Раздел 5.5 Сумма по плану оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare

Если вы участвуете в плане оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare, каждый месяц вы платите страховой взнос (при наличии), а также получаете счет от плана страхования с покрытием медицинского обслуживания или лекарственных препаратов за полученные вами рецептурные препараты (вместо платежей в аптеке). Ваш ежемесячный счет рассчитывается исходя из суммы, которую вы должны за все полученные вами рецепты, плюс остаток за предыдущий месяц, разделенные на количество оставшихся месяцев в году.

В разделе 7 главы 2 содержится дополнительная информация о плане оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare. Если вы не согласны с суммой по счету в рамках данного способа оплаты, вы можете подать жалобу или апелляцию, выполнив действия, описанные в главе 9.

РАЗДЕЛ 6 Дополнительная информация о вашем ежемесячном страховом взносе по плану

Раздел 6.1 Сумма вашего ежемесячного страхового взноса по плану не будет меняться в течение года

Нам не разрешается менять сумму ежемесячного страхового взноса по нашему плану в течение года. Если сумма ежемесячного страхового взноса по плану изменится в следующем году, мы сообщим вам об этом в сентябре, а новая сумма страхового взноса вступит в силу 1 января.

Однако в некоторых случаях у вас может появиться возможность прекратить выплату надбавки за позднюю регистрацию, если таковая причитается, либо от вас может потребоваться начать выплату надбавки за позднюю регистрацию.

- В случае утери права на участие в программе «Дополнительная помощь» на вас может быть наложена соответствующая надбавка за позднюю регистрацию в программе Часть D в том случае, если вы выйдете из страхового плана или проведете 63 или более дней подряд без страхового покрытия в рамках программы Часть D или иного надежного страхового покрытия лекарственных препаратов.

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

РАЗДЕЛ 7 Поддержание ваших данных участника плана страхования в актуальном состоянии

Мы храним ваши данные участника плана страхования, которые вы указали в форме регистрации, включая ваш адрес и номер телефона. Эти данные также содержат информацию о покрытии конкретно по вашему плану страхования, в том числе сведения о поставщике первичного медицинского обслуживания / медицинской группе.

Данные участника плана страхования помогают врачам, больницам, фармацевтам и прочим поставщикам услуг, представленным в сети нашего плана страхования, **определить, какие услуги и лекарства доступны участнику и какую сумму тот должен выплатить в качестве доли участия в расходах**. По этой причине крайне важно, чтобы вы помогали поддерживать актуальность сведений о вас.

Если у вас произошли какие-либо из этих изменений, сообщите нам:

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

Если что-либо из представленной информации изменится, сообщите нам, позвонив в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

Кроме того, в случае переезда или смены почтового адреса необходимо сообщить об этом в Службу социального обеспечения. Позвоните в Службу социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 (при использовании TTY набирайте 1-800-325-0778).

РАЗДЕЛ 8 Совмещение нашего плана страхования с другими программами медицинского страхования

Программа Medicare требует от нас собирать информацию о любом другом медицинском страховом покрытии или страховом покрытии лекарственных препаратов, которое у вас есть, чтобы мы могли координировать любое другое страховое покрытие с вашими услугами в рамках нашего плана. Это называется **координацией покрытия услуг**.

Один раз в год мы будем присылать вам письмо с перечнем других имеющихся у вас видов страхового покрытия расходов на медицинское обслуживание или лекарственные препараты, о которых нам известно. Внимательно ознакомьтесь с такой информацией. Если она верна, никаких действий от вас не требуется. Если информация неверна или у вас есть другое страховое покрытие, которого нет в списке, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711). Возможно, от вас потребуется предоставить другой страховой компании (только после того, как вы убедитесь, что это действительно они) ID участника нашего плана страхования, чтобы гарантировать правильную и своевременную оплату ваших счетов.

Если вы являетесь участником других программ страхования (например, программы коллективного медицинского страхования от работодателя), то применяются правила программы Medicare, позволяющие определить, будут ли расходы покрываться в первую очередь нашим планом или за счет других программ страхования, в которых вы участвуете. Программа страхования, покрывающая услуги в первую очередь («основной плательщик»), производит выплаты до достижения пределов страхового покрытия. Программа страхования, покрывающая услуги во вторую очередь («вторичный плательщик»), производит выплаты только в том случае, если после выплат основного плательщика остаются непокрытые расходы. Вторичный плательщик может не оплатить все непокрытые расходы. Если вы участвуете еще в одной программе медицинского страхования, сообщите об этом своему врачу, больнице или аптеке.

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

- При наличии плана страхования для пенсионеров в первую очередь выплаты производит Medicare.
- Если коллективная медицинская страховка оформлена по вашему текущему месту работы или по текущему месту работы члена вашей семьи, очередность покрытия расходов зависит от вашего возраста, количества сотрудников, нанятых вашим работодателем, а также от того, предоставлено ли страховое покрытие по программе Medicare в связи с возрастом, инвалидностью или терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD):

  - Если вам нет 65 лет, и у вас есть инвалидность, при этом вы (или член вашей семьи) продолжаете работать, расходы в первую очередь покрывает ваша коллективная медицинская страховка, если у работодателя (или хотя бы у одного из них в случае плана с несколькими работодателями) нанято не менее 100 сотрудников.
  - Если вам больше 65 лет, при этом вы (или ваш супруг/супруга или гражданский партнер) продолжаете работать, расходы в первую очередь покрывает ваша коллективная медицинская страховка, если у работодателя (или хотя бы у одного из них в случае плана с несколькими работодателями) нанято не менее 20 сотрудников.
- Если страховое покрытие по программе Medicare предоставлено вам в связи с ESRD, расходы в первую очередь покрывает ваша коллективная медицинская страховка в течение первых 30 месяцев с того момента, как у вас появилось право на участие в программе Medicare.

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

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

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

ГЛАВА 2.
Номера телефонов и ресурсы

РАЗДЕЛ 1 Контактная информация нашего плана

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

Контактная информация отдела обслуживания участников плана	
Тел.	1-800-431-9007 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 нерабочее время, в выходные дни и государственные праздники с 1 апреля по 30 сентября на звонок может ответить автоматизированная телефонная система. Если вы оставляете голосовое сообщение, не забудьте назвать свое имя и номер телефона, и тогда наш сотрудник перезвонит вам в течение одного (1) рабочего дня. Отдел обслуживания участников плана 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) также предоставляет бесплатные услуги перевода для лиц, не говорящих на английском языке.
TTY	711 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.
Вы можете написать по адресу	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
Веб-сайт	go.wellcare.com/HealthNetCA

Способы подачи запроса на принятие решения о страховом покрытии или подачи апелляции в отношении вашего медицинского обслуживания

Решение о страховом покрытии — это решение, которое мы принимаем в отношении ваших льгот и страхового покрытия либо в отношении суммы, которую мы выплачиваем за ваши медицинские услуги или лекарства по программе Часть D. Апелляция — это официальная возможность просить о пересмотре и изменении решения о страховом покрытии. Для получения дополнительной информации о том, как подать запрос на принятие решения о страховом покрытии или апелляцию в отношении вашего медицинского обслуживания или лекарственных препаратов по программе Часть D, см. главу 9.

Решения о страховом покрытии медицинского обслуживания — контактная информация	
Тел.	1-800-431-9007 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.
TTY	711 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.
Вы можете написать по адресу	Medical Management PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420

Решения о страховом покрытии лекарственных препаратов по программе Часть D — контактная информация	
Тел.	1-800-431-9007 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.

Решения о страховом покрытии лекарственных препаратов по программе Часть D — контактная информация	
TTY	711 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.
Факс	1-866-226-1093
Вы можете написать по адресу	Medicare Pharmacy Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
Веб-сайт	go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations

Подача апелляций в отношении медицинского обслуживания — контактная информация	
Тел.	1-800-431-9007 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.
TTY	711 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.
Факс	1-844-273-2671
Вы можете написать по адресу	MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations Appeals Department - Medical P.O. Box 10052 Van Nuys, CA 91410-0052

Подача апелляций в отношении лекарственных препаратов по программе Часть D — контактная информация	
Тел.	1-800-431-9007 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.
TTY	711 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.
Факс	1-866-388-1766
Вы можете написать по адресу	Medicare Part D Appeals Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
Веб-сайт	go.wellcare.com/HealthNetCA

Как подать жалобу в отношении вашего медицинского обслуживания

Вы можете подать жалобу в отношении нас или одного из поставщиков услуг или одной из аптек нашей сети, в том числе жалобу на качество предоставляемого вам медицинского обслуживания. Жалобы такого типа не предполагают споров по объему страхового покрытия или выплатам. Для получения дополнительной информации о том, как подать жалобу на ваше медицинское обслуживание, см. главу 9.

Подача жалоб в отношении медицинского обслуживания — контактная информация	
Тел.	1-800-431-9007 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.
TTY	711 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.
Факс	1-844-273-2671
Вы можете написать по адресу	Appeals & Grievances Medicare Operations Grievance Department P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
Веб-сайт программы Medicare	Чтобы подать жалобу на план Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) непосредственно в Medicare, перейдите по ссылке Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Подача жалоб в отношении лекарственных препаратов по программе Часть D — контактная информация	
Тел.	1-800-431-9007 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.

Подача жалоб в отношении лекарственных препаратов по программе Часть D — контактная информация	
TTY	711 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.
Факс	1-844-273-2671
Вы можете написать по адресу	Wellcare By Health Net Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
Веб-сайт программы Medicare	Чтобы подать жалобу на план Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) непосредственно в Medicare, перейдите по ссылке Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Как попросить нас оплатить расходы на медицинское обслуживание или полученный вами лекарственный препарат

Если вы получили счет или оплатили услуги (например, счет от поставщика услуг), которые, по вашему мнению, должны быть оплачены нами, вам может потребоваться обратиться к нам за возмещением или с просьбой оплатить счет, полученный от поставщика. Дополнительную информацию см. в главе 7.

Если вы присылаете нам запрос на оплату, а мы отказываем в его удовлетворении полностью или частично, вы можете обжаловать наше решение. Дополнительную информацию см. в главе 9.

Запросы на оплату — контактная информация	
Вы можете написать по адресу	Запросы на оплату медицинских услуг: Member Reimbursement Dept Medical Reimbursement Department PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420 Запросы на оплату в рамках программы Часть D: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
Веб-сайт	go.wellcare.com/HealthNetCA

РАЗДЕЛ 2 Получение справочной информации по программе Medicare

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

За работу программы Medicare отвечает федеральное агентство под названием «Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid» (CMS). Это агентство заключает договоры с организациями Medicare Advantage, в том числе с нашим планом страхования.

Контактная информация Medicare	
Тел.	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Звонки на этот номер бесплатны. Круглосуточно, без выходных.

Контактная информация Medicare	
TTY	1-877-486-2048 Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатны.
Чат в режиме реального времени	Напишите в чат в режиме реального времени на странице Medicare.gov/talk-to-someone.
Вы можете написать по адресу	Напишите в Medicare по адресу: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Веб-сайт	Medicare.gov • Получите информацию о планах медицинского страхования и планах покрытия лекарств Medicare в вашем регионе, в том числе сведения об их стоимости и предоставляемых услугах. • Найдите врачей или других поставщиков медицинских услуг и товаров, участвующих в программе Medicare. • Проверьте объем страхового покрытия по программе Medicare, включая профилактические услуги (такие как скрининги, прививки или вакцины, а также ежегодные профилактические приемы). • Получите информацию об апелляциях по программе Medicare и соответствующие формы. • Получите информацию о качестве медицинского обслуживания, предоставляемого планами страхования, центрами сестринского ухода, больницами, врачами, агентствами по медицинскому обслуживанию на дому, диализными центрами, хосписами, центрами реабилитации в условиях стационара и больницами, предоставляющими долгосрочный уход. • Ищите адреса полезных веб-сайтов и номера телефонов. Вы также можете посетить веб-сайт Medicare.gov, чтобы сообщить Medicare о любых жалобах, которые у вас есть в отношении нашего плана. **Для подачи жалобы в программу Medicare** перейдите по ссылке Medicare.gov/my/medicare-complaint. Программа Medicare серьезно относится к вашим жалобам и будет использовать эту информацию для улучшения качества обслуживания в рамках программы Medicare.

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

Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP) — это правительственная программа, предоставляющая обученных консультантов в каждом штате, которые помогают получить бесплатную помощь, информацию и ответы на вопросы о программе Medicare. В штате California программа SHIP называется Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California.

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

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

Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California — контактная информация	
Тел.	1-800-434-0222 1-916- 419-7500
TTY	1-800-735-2929 Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
Вы можете написать по адресу	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Веб-сайт	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

РАЗДЕЛ 4 Организация повышения качества обслуживания (QIO)

Назначенная Организация повышения качества обслуживания (QIO) обслуживает участников программы Medicare в каждом штате. В штате California в качестве Организации повышения качества обслуживания выступает Commence Health (Организация повышения качества обслуживания в штате California).

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

Обращайтесь в Commence Health (Организация повышения качества обслуживания в штате California) — в любой из следующих ситуаций:

- У вас есть жалоба на качество полученного вами медицинского обслуживания. Примеры проблем с качеством медицинского обслуживания включают получение неправильного лекарственного препарата, ненужные анализы или процедуры или неправильный диагноз.
- Вы считаете, что страховое покрытие вашего пребывания в больнице заканчивается преждевременно.
- Вы считаете, что страховое покрытие услуг медицинского ухода на дому, обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода или центра комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) заканчивается преждевременно.

Commence Health, Организация повышения качества обслуживания в штате California — контактная информация	
Тел.	1-877-588-1123 С 9:00 a.m. до 5:00 p.m. по местному времени с понедельника по пятницу; с 10:00 a.m. до 4:00 p.m. по местному времени с субботы по воскресенье
TTY	711
Вы можете написать по адресу	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
Веб-сайт	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

РАЗДЕЛ 5 Служба социального обеспечения

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

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

Служба социального обеспечения — контактная информация	
Тел.	1-800-772-1213 Звонки на этот номер бесплатны. Часы работы: с 8 am до 7 pm с понедельника по пятницу. Воспользуйтесь услугой автоматической телефонной связи Службы социального обеспечения для получения информации в записи и решения некоторых вопросов круглосуточно.
TTY	1-800-325-0778 Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатны. Часы работы: с 8 am до 7 pm с понедельника по пятницу.
Веб-сайт	SSA.gov

РАЗДЕЛ 6 Medicaid

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

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

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

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

Программа California Medi-Cal (Medicaid) — контактная информация	
Тел.	1-800-541-5555 1-916-636-1980 1-916-449-5000 С понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. PT
TTY	1-800-430-7077 Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
Вы можете написать по адресу	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
Веб-сайт	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal-resources/

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

Программа омбудсменов по вопросам долгосрочного ухода в штате California — контактная информация	
Тел.	1-916-419-7510 С понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 4:00 p.m. по местному времени
TTY	711
Вы можете написать по адресу	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Веб-сайт	https://www.aging.ca.gov/

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

Программа омбудсменов по вопросам долгосрочного ухода в штате California — контактная информация	
Тел.	1-916-419-7510 С понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. по местному времени
TTY	711
Вы можете написать по адресу	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Веб-сайт	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Long-Term_Care_Ombudsman/

РАЗДЕЛ 7 Программы помощи в оплате расходов на рецептурные препараты

На веб-сайте программы Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) представлена информация о способах снижения расходов на рецептурные препараты. Приведенные ниже программы могут помочь людям с ограниченным доходом.

«Дополнительная помощь» от Medicare

Поскольку вы соответствуете критериям для участия в программе California Medi-Cal (Medicaid), вы также имеете право участвовать в программе «Дополнительная помощь» от Medicare, помогающей с оплатой ваших расходов на рецептурные лекарственные препараты в рамках плана. Для участия в программе «Дополнительная помощь» вам не нужно предпринимать никаких действий.

Если у вас возникли вопросы относительно программы «Дополнительная помощь», позвоните:

- По номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- В Службу социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 с 8 a.m. до 7 p.m. с понедельника по пятницу. При использовании TTY набирайте 1-800-325-0778; или
- Отдел Medicaid вашего штата по номеру 1-800-541-5555, при использовании TTY набирайте 1-800-430-7077.

Если вы считаете, что платите неверную сумму за рецептурные препараты в аптеке, наш план страхования предусматривает процедуру, помогающую получить подтверждение корректной суммы доплаты. Если у вас уже есть подтверждение правильной суммы, мы можем помочь вам предоставить это подтверждение нам.

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

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

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

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

- Если вы не можете предоставить описанные выше документы и считаете, что можете иметь право на участие в программе «Дополнительная помощь», позвоните в отдел обслуживания участников плана, и представитель поможет вам.
- Получив подтверждение правильного уровня вашей доплаты, мы обновим данные в системе, чтобы в следующий раз при получении рецептурного препарата вы могли внести правильную сумму доплаты. Если вы заплатили больше положенной суммы доплаты, мы вернем вам разницу, выслав чек, или учтем переплату в счет последующих доплат. Если аптека еще не взыскала с вас сумму доплаты и у вас имеется задолженность перед ней, мы, возможно, осуществим выплату непосредственно аптеке. Если оплата от вашего имени была произведена государственными органами штата, мы можем произвести платеж непосредственно в адрес соответствующего органа. Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711), если у вас возникли вопросы.

Участие в программе «Дополнительная помощь» и программе помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP)

Программа помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP) помогает людям с ВИЧ/СПИДом получить доступ к жизненно важным лекарственным препаратам от ВИЧ-инфекции. Если лекарства по программе Medicare Part D также представлены в справочнике лекарств ADAP, то помощь в оплате расходов на эти рецептурные лекарственные препараты оказывается через Программу помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP) штата California.

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

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

Программа помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP) штата California — контактная информация	
Тел.	1-844-421-7050 С понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. по местному времени (кроме праздничных дней)
TTY	711
Вы можете написать по адресу	California Department of Public Health Center for Infectious Diseases, Office of AIDS MS 0500, P.O. Box 997377 Sacramento, CA 95899-7377
Веб-сайт	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx

Примечание. Чтобы иметь право участвовать в программе ADAP в вашем штате, лицо должно соответствовать определенных критериям, включая подтверждение проживания в штате и наличия положительного ВИЧ-статуса, низкий уровень дохода (согласно установленным в штате нормам) и отсутствие страховки/наличие страховки на недостаточную сумму. В случае смены плана страхования сообщите об этом местному сотруднику ADAP, чтобы вы могли и дальше получать помощь. Для получения информации о критериях участия в программе, покрываемых лекарствах или о том, как зарегистрироваться в программе, позвоните в Программу помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP) штата California.

План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare

План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare — это способ оплаты, который учитывает текущее доступное вам покрытие лекарств и позволяет вам эффективнее управлять

своими личными расходами на лекарства, покрываемые нашим планом страхования, равномерно распределяя их по **календарному году** (с января по декабрь). Этот способ оплаты доступен любому лицу, участвующему в плане покрытия лекарств в рамках Medicare или плане медицинского страхования Medicare с покрытием лекарств (например, в плане Medicare Advantage с покрытием лекарств). **Этот способ оплаты может помочь вам в управлении расходами, но он не позволит вам сэкономить деньги или снизить расходы на лекарства. Если вы участвуете в плане оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare и остаетесь в том же плане по программе Часть D, ваше участие будет автоматически продлено на 2027 год; от вас не требуется подавать новый запрос на дальнейшее участие в 2027 году.** «Дополнительная помощь» от Medicare и помощь в рамках программ SPAP и ADAP для тех, кто соответствует критериям для участия в них, более выгодны по сравнению с участием в Плане оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare. Чтобы узнать больше об этом варианте оплаты, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) или посетите веб-сайт Medicare.gov.

План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare — контактная информация	
Тел.	1-833-750-9969 Звонки на этот номер бесплатны. Круглосуточно, без выходных. Отдел обслуживания участников плана 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) также предоставляет бесплатные услуги перевода для лиц, не говорящих на английском языке.
TTY	1-800-716-3231 Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатны. Круглосуточно, без выходных.
Вы можете написать по адресу	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan PO Box 2 Saint Louis, MO 63166
Веб-сайт	go.wellcare.com/CA-MPPP

РАЗДЕЛ 8 Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB)

Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB) представляет собой независимое федеральное агентство, которое управляет комплексными программами предоставления страхового покрытия сотрудникам государственной железной дороги и их семьям. Если вы застрахованы по программе Medicare через RRB, проинформируйте

эту организацию в случае, если вы переехали или у вас изменился почтовый адрес. При возникновении вопросов о ваших льготах, предоставленных RRB, обратитесь в это ведомство.

Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB) — контактная информация	
Тел.	1-877-772-5772 Звонки на этот номер бесплатны. Нажмите “0”, чтобы связаться с представителем RRB: понедельник, вторник, четверг, пятница — с 9 a.m. до 3:30 p.m.; среда — с 9 a.m. до 12 p.m. Нажмите “1”, чтобы связаться с автоматической справочной службой RRB, где круглосуточно, в том числе в праздничные и выходные дни, можно получить записанную справочную информацию.
TTY	1-312-751-4701 Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. За звонки на этот номер взимается плата.
Веб-сайт	https://RRB.gov

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

Если в рамках этого плана страхования вы (или ваш супруг/супруга или гражданский партнер) получаете страховое покрытие по программе страхования вашего работодателя (или работодателя вашего супруга/супруги или гражданского партнера) либо профсоюза пенсионеров, при возникновении любых вопросов позвоните администратору страховых выплат от работодателя/профсоюза или в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711). Вы можете запросить информацию о покрываемых медицинских услугах, страховых взносах или периоде регистрации в программе страхования вашего работодателя (или работодателя вашего супруга/супруги или гражданского партнера) либо профсоюза пенсионеров. (Номера телефонов отдела обслуживания участников плана напечатаны на задней обложке настоящего документа.) С вопросами о вашем страховом покрытии по программе Medicare в рамках этого плана вы можете обращаться по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.

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

ГЛАВА 3.

Использование нашего плана для получения медицинских и прочих покрываемых услуг

РАЗДЕЛ 1 Порядок получения медицинского обслуживания и прочих услуг, предоставляемых участникам нашего плана

В этой главе приводятся важные сведения об использовании нашего плана страхования для получения медицинского обслуживания и прочих покрываемых услуг. Для получения подробной информации о том, какое медицинское обслуживание и другие услуги покрывает наш план, см. таблицу страхового покрытия в главе 4.

Раздел 1.1 Сетевые поставщики услуг и покрываемые услуги

- **Поставщики услуг** — это врачи и прочие медицинские специалисты, имеющие лицензию штата на предоставление медицинской помощи и услуг. “Поставщиками услуг” также выступают больницы и прочие медицинские учреждения.
- **Сетевые поставщики услуг** — это врачи и прочие медицинские специалисты, медицинские группы, больницы и иные медицинские учреждения, с которыми мы заключили договор о том, что в качестве полной оплаты услуг они будут принимать наши выплаты. Мы договорились с этими поставщиками услуг о предоставлении участникам нашего плана покрываемых услуг. Поставщики услуг, представленные в нашей сети, выставляют счет за предоставленные вам услуги непосредственно нам. При обращении к сетевому поставщику услуг вы ничего не платите за покрываемые услуги.
- **К покрываемым услугам** относятся все медицинские услуги и обслуживание, принадлежности, оборудование и рецептурные лекарственные препараты, покрываемые нашим планом страхования. Доступные вам покрываемые медицинские услуги перечислены в таблице страхового покрытия в главе 4. Информация о страховом покрытии рецептурных лекарственных препаратов представлена в главе 5.

Раздел 1.2 Основные правила получения вами медицинского обслуживания и прочих услуг, которые будут покрываться нашим планом

Как план медицинского страхования в рамках Medicare наш план должен покрывать все услуги, покрываемые Original Medicare, и при этом может предоставлять прочие услуги в дополнение к тем, которые покрываются программой Original Medicare. Информацию об услугах, покрываемых планом, см. в главе 4.

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

- **Медицинское обслуживание, которое вы получаете, включено в Таблицу страхового покрытия нашего плана** в главе 4.

- **Медицинское обслуживание, которое вы получаете, считается необходимым по медицинским показаниям.** «По медицинским показаниям» означает, что услуги, принадлежности, оборудование или лекарственные препараты необходимы вам для профилактики, диагностики или лечения вашего заболевания и при этом соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики.

- **У вас есть поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP), который представлен в нашей сети, предоставляющий вам медицинскую помощь и координирующий ее получение у других специалистов.** Как участник нашего плана, вы обязаны выбрать сетевого PCP (перейдите в раздел 2.1 для получения более подробной информации).
    - В большинстве случаев ваш сетевой PCP должен выдать вам предварительное разрешение (направление), с которым вы можете обратиться к другим поставщикам услуг, представленным в сети плана страхования, включая специалистов, больницы, учреждения квалифицированного сестринского ухода или агентства по медицинскому обслуживанию на дому. Более подробную информацию см. в разделе 2.3.
    - Направление от PCP не требуется для получения экстренной помощи и услуг неотложной медицинской помощи. Чтобы узнать о других видах медицинского обслуживания, которые вы можете получить без предварительного одобрения вашего PCP, перейдите к разделу 2.2.
- **Вы должны получить медицинское обслуживание у сетевого поставщика услуг** (см. раздел 2). В большинстве случаев медицинское обслуживание, которое вы получаете у внесетевого поставщика услуг (поставщика, не входящего в сеть нашего плана страхования), не покрываются. Это означает, что вам придется полностью оплатить услуги, полученные у такого поставщика услуг. Предусмотрено 3 исключения:
    - Наш план страхования покрывает экстренную медицинскую помощь или услуги неотложной медицинской помощи, которые вы получаете от внесетевого поставщика услуг. Для получения дополнительной информации и ознакомления с тем, какие услуги являются услугами по оказанию экстренной помощи или услугами неотложной медицинской помощи, перейдите в раздел 3.
    - Если вам требуется медицинское обслуживание, которое должно покрываться нашим планом страхования согласно правилам Medicare или California Medi-Cal (Medicaid), но в нашей сети нет специалистов, способных предоставить эти услуги, вы можете получить их у внесетевого поставщика услуг за ту же стоимость, которую вы обычно платите сетевому поставщику услуг (при наличии предварительного разрешения). Позвоните нам, чтобы узнать, как получить разрешение, которое может потребоваться перед обращением за медицинской помощью. В этом случае

мы покроем эти услуги в том же порядке, как если бы они были предоставлены сетевым поставщиком услуг. Для получения информации о получении разрешения на посещение внесетевого врача перейдите в раздел 2.4.

- Нашим планом страхования покрываются услуги по диализу почек, предоставляемые в специализированном учреждении, сертифицированном Medicare, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или когда ваш поставщик этих услуг временно недоступен. Ваше участие в расходах на услуги диализа никогда не может быть выше доли расходов, предусмотренной в рамках программы Original Medicare. Если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана и при этом получаете услуги диализа у поставщика услуг, не представленного в сети нашего плана, ваша доля участия в расходах не может быть выше вашей доли расходов на услуги, получаемые в пределах сети. Тем не менее, если ваш обычный сетевой поставщик услуг диализа временно недоступен и вы решаете получить соответствующие услуги в пределах нашей зоны обслуживания у внесетевого поставщика услуг, то доля вашего участия в расходах на услуги диализа может быть выше.

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

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

Кто такой PCP и чем он занимается?

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

Основной объем планового или базового медицинского обслуживания вы получаете от своего PCP. Кроме того, ваш PCP поможет вам организовать и координировать остальные покрываемые услуги, получаемые вами как участником нашего плана страхования. Сюда относятся:

- Рентгенография;
- Лабораторные анализы;

- Физиотерапия, трудовая терапия и/или логопедическая терапия;
- Услуги узких специалистов;
- Госпитализация в больницу и
- Последующее наблюдение.

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

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

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

Как выбрать PCP

При вступлении в наш план вы выбираете медицинскую группу, сотрудничающую с планом Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP). Кроме того, вы выбираете PCP из этой сотрудничающей с нами медицинской группы. Чтобы выбрать PCP, посетите наш веб-сайт по адресу go.wellcare.com/2027providerdirectories и выберите PCP, представленного в сети нашего плана. Отдел обслуживания участников плана также может помочь вам выбрать PCP. Выбрав PCP, позвоните в отдел обслуживания участников плана и сообщите о своем выборе. Ваш PCP должен быть представлен в нашей сети.

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

Если вы не выберете медицинскую группу или 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.

Как сменить PCP

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

Если вы хотите сменить свою медицинскую группу или PCP, позвоните в отдел обслуживания участников плана. Все медицинские группы и PCP, представленные в плане, направляют пациентов к определенным сотрудничающим с планом специалистам и в определенные больницы, сотрудничающие с ними. Поскольку некоторые PCP участвуют в ограниченных или специализированных сетях направления пациентов, выбранные вами медицинская группа и PCP в рамках плана могут определить, к каким специалистам и больницам вы сможете обратиться. Если вы хотите лечиться у конкретных специалистов или в конкретных больницах, выясните вначале, сотрудничают ли с ними ваша медицинская группа и ваш PCP.

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

Раздел 2.2 Медицинское обслуживание и прочие услуги, которые вы можете получить без направления от PCP

Перечисленные ниже услуги можно получить без предварительного разрешения вашего PCP.

- Плановое обслуживание в области женского здоровья, включая обследования молочной железы, скрининговые маммограммы (рентгеновские снимки молочной железы), цитологические мазки и обследования органов таза; все эти услуги должны предоставляться сетевым поставщиком
- Прививки от гриппа, COVID-19 и пневмонии при условии, что вы получаете их у сетевого поставщика услуг
- Услуги экстренной медицинской помощи от сетевых или внесетевых поставщиков услуг

- Покрываемые планом услуги неотложной медицинской помощи представляют собой услуги, в случае которых вам требуется незамедлительное медицинское вмешательство (но это не экстренная ситуация), при этом либо вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана, либо с учетом временных затрат, вашего местонахождения или текущих обстоятельств вам нецелесообразно обращаться за этой услугой к сетевому поставщику услуг. Примерами услуг неотложной медицинской помощи служат непредвиденные заболевания и травмы или внезапные обострения существующих заболеваний. Необходимые по медицинским показаниям плановые приемы у поставщика услуг (например, ежегодные медосмотры) не считаются услугами неотложной медицинской помощи, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или сеть поставщиков услуг в рамках нашего плана временно вам недоступна.
- Услуги по диализу почек, предоставляемые в специализированном учреждении, сертифицированном Medicare, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана страхования. По возможности позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) до того, как вы покинете зону обслуживания, чтобы мы могли организовать вам поддерживающий диализ на время вашего отсутствия.

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

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

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

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

Если специалист считает, что вам необходимо дополнительное обслуживание в рамках последующих приемов, сначала убедитесь в том, что выданное вашим PCP направление на первый прием покрывает и последующие приемы специалиста или некоторых других поставщиков услуг. В некоторых случаях вам, вашему представителю или вашему PCP/

поставщику услуг может потребоваться получить предварительное разрешение от плана. Для получения информации о том, какие услуги требуют предварительного разрешения, см. раздел 2 главы 4.

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

Когда специалист или другой сетевой поставщик услуг покидает наш план

В течение года мы можем вносить изменения в список больниц, врачей и специалистов (поставщиков услуг) в сети нашего плана страхования. Если ваш врач или специалист выходит из сети поставщиков услуг нашего плана страхования, у вас есть эти права и средства защиты:

- Хотя мы можем вносить изменения в список поставщиков услуг в течение года, по правилам Medicare у вас должен быть непрерывный доступ к квалифицированным врачам и специалистам.
- Мы уведомим вас о выходе поставщика услуг из сети нашего плана, чтобы у вас было время выбрать нового поставщика услуг.
    - Если ваш поставщик первичного медицинского обслуживания или услуг в сфере психического здоровья покидает наш план, мы сообщим вам об этом, если вы обращались к этому поставщику услуг в течение последних 3 лет.
    - Если кто-либо из других ваших поставщиков услуг покидает наш план, мы сообщим вам об этом, если вы закреплены за этим поставщиком услуг, получаете от него обслуживание в настоящее время или посещали его в течение последних 3 месяцев.
- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного поставщика услуг, входящего в сеть плана, для продолжения медицинского обслуживания.
- Если вы получаете необходимое по медицинским показаниям лечение или терапию у вашего текущего поставщика услуг, вы имеете право требовать продолжения получения необходимого по медицинским показаниям лечения или терапии. Мы поможем вам и дальше получать необходимое медицинское обслуживание.
- Мы предоставим вам информацию о доступных периодах регистрации и о возможных вариантах смены плана страхования.

- Если сетевой поставщик или услуга недоступны или недостаточны для удовлетворения ваших медицинских потребностей, мы организуем предоставление любой необходимой по медицинским показаниям покрываемой услуги за пределами нашей сети поставщиков услуг, при этом ваша доля участия в расходах будет соответствовать доле участия в расходах при обращении к сетевому поставщику. Наш план должен подтвердить отсутствие доступных сетевых поставщиков услуг, а поставщик, не входящий в сеть, должен связаться с планом и запросить разрешение на получение вами услуг. В случае одобрения внесетевому поставщику услуг будет выдано разрешение на оказание услуг. Вы имеете право получать услуги от внесетевых поставщиков услуг по оказанию экстренной помощи и услуг неотложной медицинской помощи. Кроме того, наш план должен покрывать услуги диализа для участников с терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD), которые выехали за пределы зоны обслуживания плана и не имеют возможности получить доступ к сетевым поставщикам. Услуги ESRD должны быть получены в сертифицированном программой Medicare диализном центре.
- Если вам станет известно, что ваш врач или специалист покидает наш план, обратитесь к нам, чтобы мы помогли вам выбрать нового поставщика услуг и организовать ваше медицинское обслуживание.
- Если вы считаете, что мы не предоставили вам квалифицированного поставщика услуг в качестве замены вашего предыдущего поставщика или что ваше медицинские обслуживание организовано ненадлежащим образом, вы имеете право подать жалобу на качество обслуживания в QIO, претензию на качество обслуживания в наш план страхования или и то, и другое (перейдите в главу 9).

Раздел 2.4 Как получить услуги внесетевых поставщиков услуг

Вы имеете право получать услуги от внесетевых поставщиков услуг по оказанию экстренной помощи и услуг неотложной медицинской помощи. Кроме того, наш план должен покрывать услуги диализа для участников с терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD), которые выехали за пределы зоны обслуживания плана и не имеют возможности получить доступ к сетевым поставщикам. Услуги ESRD должны быть получены в сертифицированном программой Medicare диализном центре.

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

Что происходит, когда вы впервые становитесь участником нашего плана страхования

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 сделать этот запрос по телефону 1-800-431-9007, TTY 711. С 1 октября по 31 марта с нашими представителями можно связаться 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 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.

После окончания периода непрерывности медицинского обслуживания вам придется обращаться к врачам и другим поставщикам услуг, которые представлены в сети плана Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) и связаны с медицинской группой вашего поставщика первичного медицинского обслуживания, если только мы не заключим соглашение с вашим врачом, который не представлен в нашей сети.

РАЗДЕЛ 3 Порядок получения услуг в экстренной ситуации, в случае стихийного бедствия или при необходимости оказания неотложной медицинской помощи

Раздел 3.1 Получение медицинской помощи при неотложном состоянии

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

Если у вас возникло неотложное состояние:

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

Покрываемые услуги при неотложном состоянии

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

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

После получения экстренной помощи вы имеете право на последующее наблюдение с целью убедиться, что ваше состояние остается стабильным. Ваши врачи будут продолжать лечение до

тех пор, пока ваше заболевание не стабилизируется, и, при необходимости, будут сотрудничать с нами для планирования дополнительного лечения.

Обычно после получения экстренной медицинской помощи рекомендуется в течение 5–7 дней обратиться к своему поставщику первичного медицинского обслуживания или лечащему врачу для дальнейшего сопровождения процесса восстановления. При этом последующее наблюдение не требуется для получения покрытия по экстренным медицинским услугам, и ваше страховое покрытие не утрачивает силы в случае невозможности записаться на визит для последующего наблюдения в течение определенного периода времени.

В рамках наших услуг по координации медицинского обслуживания вы можете получить поддержку от нашей группы медицинского обслуживания, которая поможет вам запланировать повторные приемы или, при необходимости, предоставит доступ к дополнительным ресурсам. Любое необходимое по медицинским показаниям последующее лечение, покрываемое вашим планом, будет оплачиваться в соответствии с правилами распределения расходов, установленными вашим планом.

Если экстренная медицинская помощь оказывается внесетевым поставщиком услуг, мы постараемся организовать ваш переход для дальнейшего ухода к представленному в сети поставщику услуг, как только это позволят ваше состояние и обстоятельства.

Что если состояние не является неотложным?

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

Тем не менее, если врач установит, что это не была экстренная ситуация, мы покроем дополнительное медицинское обслуживание только в том случае, если вы получили его одним из следующих 2 способов:

- Вы обращаетесь за дополнительным медицинским обслуживанием к сетевому поставщику услуг.
- Получаемое вами дополнительное медицинское обслуживание считается услугами неотложной медицинской помощи, а вы соблюдаете нижеприведенные правила получения такой неотложной помощи.

Раздел 3.2 Получение услуг, если вам требуется неотложная медицинская помощь

Услуга, требующая неотложной медицинской помощи (но не являющейся экстренной), — это неотложно необходимая услуга, если либо вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана, либо получение этой услуги у сетевых поставщиков

нецелесообразно с учетом вашего времени, места и обстоятельств. Примерами услуг неотложной медицинской помощи служат непредвиденные заболевания и травмы или внезапные обострения существующих заболеваний. Однако необходимые по медицинским показаниям плановые приемы у поставщика услуг, такие как ежегодные медосмотры, не считаются услугами неотложной медицинской помощи, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана страхования или сеть поставщиков услуг нашего плана временно вам недоступна.

Если вам необходима неотложная медицинская помощь, вы можете в любое время обратиться к вашему PCP. Для получения неотложной помощи вас могут направить в сетевой центр неотложной помощи. Список сетевых центров неотложной медицинской помощи см. в *Каталоге поставщиков услуг и аптек* или на нашем веб-сайте по адресу go.wellcare.com/2027providerdirectories. Если услуги неотложной медицинской помощи предоставляются в кабинете врача, вы вносите доплату за прием; если же услуги неотложной помощи предоставляются в сетевом центре неотложной медицинской помощи или в клинике с приемом без записи, вы вносите доплату за посещение центра неотложной помощи, которая может быть иной. Сумму доплаты за услуги, предоставляемые в кабинете врача или сетевом центре неотложной медицинской помощи либо клинике с приемом без записи, см. в таблице страхового покрытия в главе 4.

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

Наш план страхования покрывает услуги экстренной и неотложной медицинской помощи по всему миру за пределами США при соблюдении следующих условий.

- При выезде за пределы США вы получаете страховое покрытие на сумму до $50,000 в рамках страхового покрытия экстренной/неотложной помощи по всему миру. Расходы, превышающие эту сумму, *не покрываются*.
- Транспортировка в США из другой страны и лекарства, приобретенные за пределами США, *не покрываются*. Кроме того, при госпитализации в стационар участник *не освобождается* от участия в расходах на услуги отделения неотложной помощи.
- По возможности свяжитесь с нами в течение 48 часов, чтобы сообщить нам о посещении отделения неотложной помощи.

Примечание. Medicare не покрывает расходы на экстренную медицинскую помощь за пределами США и их территорий, однако наш план включает это покрытие в качестве дополнительно покрываемой услуги.

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

Раздел 3.3 Получение помощи в случае стихийного бедствия

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

Информация о том, как получить необходимую помощь в случае катастрофы, представлена на веб-сайте go.wellcare.com/HealthNetCA.

Если в случае стихийного бедствия вы не можете воспользоваться услугами сетевого поставщика услуг, наш план страхования допускает получение вами помощи у внесетевых поставщиков услуг, при этом ваша доля участия в расходах будет соответствовать доле участия в расходах при обращении к сетевому поставщику. Если в случае стихийного бедствия вы не можете воспользоваться услугами сетевой аптеки, вы можете получить рецептурные препараты в аптеке, не входящей в нашу сеть. Перейдите в раздел 2.4 главы 5.

РАЗДЕЛ 4 Вы получили счет на оплату полной стоимости ваших услуг

Если вы оплатили покрываемые услуги или получите счет за покрываемые медицинские услуги, информацию о том, что делать см. в главе 7.

Раздел 4.1 Если услуги не покрываются нашим планом

Наш план покрывает все услуги, необходимые по медицинским показаниям и представленные в таблице страхового покрытия в главе 4. Если вы получаете услуги, которые не покрываются нашим планом страхования, или вы получаете услуги, которые не являются экстренными услугами или услугами неотложной медицинской помощи, вне сети без разрешения, вы обязаны оплатить полную стоимость услуг. Прежде чем оплачивать стоимость услуг, необходимо проверить, покрываются ли эти услуги программой California Medi-Cal (Medicaid).

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

РАЗДЕЛ 5 Медицинские услуги в рамках клинического исследования

Раздел 5.1 Что такое клиническое исследование?

Клиническое исследование (или *клиническое испытание*) — это процедура, посредством которой врачи и ученые исследуют новые виды лечения, например, проверяют эффективность нового лекарства для лечения рака. Некоторые клинические исследования одобрены программой Medicare. Обычно для участия в клинических исследованиях, одобренных программой Medicare, приглашаются добровольцы. Принимая участие в клиническом исследовании, вы можете оставаться участником нашего плана страхования и продолжать получать прочее медицинское обслуживание (обслуживание, не связанное с исследованием) по нашему плану страхования.

Если вы участвуете в исследовании, одобренном программой Medicare, Original Medicare оплачивает большую часть расходов на покрываемые услуги, получаемые вами в рамках исследования. Если вы сообщите нам о своем участии в соответствующем критериям клиническом испытании, то вы несете ответственность только за долю участия в расходах, соответствующую доле участия в расходах при обращении к сетевому специалисту, за услуги в рамках этого исследования. Если вы заплатили больше, например, если вы уже оплатили долю участия в расходах согласно Original Medicare, мы возместим вам разницу между оплаченной вами суммой и долей участия в расходах в рамках сети. Вам придется предоставить нам документы, подтверждающие оплаченную вами сумму.

Если вы захотите участвовать в любом одобренном программой Medicare клиническом исследовании, вам не нужно сообщать нам об этом или получать разрешение от нас или вашего PCP. Поставщики услуг, обслуживающие вас в рамках клинического научного исследования, не обязаны входить в сеть нашего плана страхования. (Это правило не распространяется на покрываемые услуги, которые требуют клинического испытания или реестра для оценки услуги, включая определенные услуги, требующие покрытия с получением доказательств (NCD-CED), и исследования с исключением исследуемых изделий (IDE). На эти покрываемые услуги могут распространяться требование получать предварительное разрешение и другие правила плана.)

Несмотря на то, что вам не нужно разрешение от нашего плана страхования на участие в клиническом исследовании, мы рекомендуем вам заранее уведомлять нас о вашем решении принять участие в клинических исследованиях, одобренных Medicare.

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

Раздел 5.2 Кто оплачивает услуги в рамках клинического исследования

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

- Услуги проживания и питания во время пребывания в больнице, которые оплачивались

бы программой Medicare, даже если бы вы не участвовали в исследовании.

- Операция или иная медицинская процедура, если она является частью исследования.
- Лечение побочных эффектов и осложнений, связанных с новым видом терапии.

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

Когда вы участвуете в клиническом научном исследовании, **ни программа Medicare, ни наш план не оплачивает следующее**:

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

Получение дополнительной информации об участии в клиническом научном исследовании

Получите больше информации об участии в клиническом исследовании из статьи Medicare *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare и клинические исследования), доступной по адресу Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. Кроме того, вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.

РАЗДЕЛ 6 Правила получения услуг в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

Раздел 6.1 Религиозное немедицинское учреждение здравоохранения

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

Раздел 6.2 Как получить уход в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

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

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

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

- Учреждение, предоставляющее уход, должно быть сертифицировано Medicare.
- Наш план страхования покрывает только *нерелигиозные* аспекты ухода.
- Если вы получаете услуги такой организации, находясь в учреждении, действуют следующие условия:
    - У вас должно быть заболевание, позволяющее получать покрываемые услуги стационарного лечения в больнице или обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
    - *— и —* ***вы*** должны получить предварительное разрешение нашего плана страхования, прежде чем вас примут в учреждение, иначе ваше пребывание там не будет покрываться.

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

РАЗДЕЛ 7 Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования

Раздел 7.1 Вы не станете владельцем некоторых видов медицинского оборудования длительного пользования после совершения определенного количества платежей по нашему плану страхования

К медицинскому оборудованию длительного пользования (DME) могут относиться кислородное оборудование и принадлежности, инвалидные коляски, ходунки, системы ортопедических матрасов, костыли, принадлежности для лиц с сахарным диабетом, голосообразующие аппараты, насосы для внутривенной инфузии, небулайзеры и заказываемые поставщиком услуг для участников больничные койки для использования на дому. Участник всегда владеет некоторыми изделиями, относящимися к DME, такими как протезы. Другие типы оборудования DME необходимо арендовать.

Программа Original Medicare предусматривает переход в собственность участника определенных типов арендуемого оборудования DME после выплаты доплат за это изделие в течение 13 месяцев. Как участник нашего плана вы можете стать владельцем некоторых видов оборудования DME после внесения доплаты за предмет в течение определенного количества месяцев. Ваши предыдущие платежи за предмет DME, когда вы пользовались программой Original Medicare, не учитываются при оплате, которую вы производите, будучи участником нашего плана. Если вы приобрели право собственности на предмет DME, будучи участником нашего плана, и оборудование требует обслуживания, то поставщик может выставить счет на оплату стоимости ремонта в рамках плана. Существуют также некоторые виды оборудования DME, право собственности на которые вы не приобретете независимо от того, сколько платежей вы произвели за этот предмет, будучи участником нашего плана. Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711), чтобы узнать о требованиях к аренде или владению DME и о документах, которые необходимо предоставить.

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

Если вы не получили изделие, относящееся к DME, в собственность, пока являлись участником нашего плана страхования, то после перехода в программу Original Medicare вы должны совершить 13 выплат подряд, чтобы стать владельцем этого изделия, относящегося к DME. Платежи, осуществленные вами во время участия в нашем плане, не учитываются в этих 13 выплатах.

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

Пример 2. Вы произвели 12 или менее выплат подряд за данный товар, покрываемый в рамках программы Original Medicare, а затем стали участником нашего плана. Вы не получили

право собственности на изделие, пока участвуете в нашем плане страхования. Затем вы вернулись в Original Medicare. После повторной регистрации в программе Original Medicare вам придется совершить 13 новых выплат подряд, чтобы стать владельцем изделия. Любые уже произведенные вами выплаты (в наш план или в программу Original Medicare) не учитываются.

Раздел 7.2 Правила покрытия кислородного оборудования, принадлежностей и технического обслуживания

Если вы имеете право на страховое покрытие кислородного оборудования в рамках программы Medicare, план Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) будет покрывать следующее:

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

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

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

В соответствии с правилами программы Original Medicare поставщик оборудования для кислородной терапии обязан предоставлять вам услуги в течение 5 лет. В течение первых 36 месяцев вы арендуете оборудование. В течение оставшихся 24 месяцев поставщик предоставляет вам оборудование и услуги по его техническому обслуживанию (вы по-прежнему должны будете соответствующим образом участвовать в расходах за кислород). Через 5 лет вы можете выбрать, хотите ли вы остаться с той же компанией или перейти в другую. На этом этапе 5-летний цикл обнуляется, даже если вы остаетесь с той же компанией, и вы снова обязаны вносить доплаты на протяжении первых 36 месяцев. При вступлении в наш план страхования или выходе из него пятилетний цикл обнуляется.

ГЛАВА 4.
Таблица страхового покрытия (список покрываемых услуг)

РАЗДЕЛ 1 Объяснение покрываемых услуг

В таблице страхового покрытия перечислены покрываемые услуги, доступные вам как участнику нашего плана. В этом разделе также представлена информация о медицинских услугах, которые не покрываются планом, и разъясняются ограничения на определенные услуги.

Раздел 1.1 Вы ничего не платите за покрываемые услуги

Поскольку вы получаете помощь от программы California Medi-Cal (Medicaid), вы ничего не платите за покрываемые услуги до тех пор, пока соблюдаете правила получения обслуживания в рамках нашего плана. (Более подробную информацию о правилах получения обслуживания в рамках плана см. в главе 3.)

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

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

У планов Medicare Advantage для вас установлена предельная сумма ежегодных личных расходов на медицинские услуги, покрываемые программой Medicare Part A и Part B. Данная предельная сумма называется максимальной суммой личных расходов (MOOP), выплачиваемой за медицинские услуги. **В 2027 календарном году сумма MOOP составляет $9,850.**

Суммы, которые вы платите в качестве доплаты и дополнительного взноса за покрываемые услуги, идут в счет данной максимальной суммы личных расходов. Суммы, которые вы платите за лекарственные препараты по программе Часть D, не идут в счет максимальной суммы личных расходов. Кроме того, в счет максимальной суммы личных расходов также не идут суммы, которые вы платите за некоторые услуги. В таблице страхового покрытия такие услуги отмечены

звездочкой (*). В случае достижения максимальной суммы личных расходов, равной $9,850, вам не придется оплачивать никакие услуги по программе Часть A и Часть B из личных средств до конца года. Тем не менее вы должны продолжать платить страховой взнос в рамках программы Medicare Part B (если только ваш страховой взнос по программе Часть B не оплачивается программой California Medi-Cal (Medicaid) или другой третьей стороной).

РАЗДЕЛ 2 В таблице страхового покрытия представлены ваши медицинские услуги и расходы

В таблице страхового покрытия на следующих страницах перечислены услуги, покрываемые нашим планом (покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D приведено в главе 5). Услуги, приведенные в таблице страхового покрытия, покрываются только при условии выполнения этих требований в отношении страхового покрытия:

- Услуги, покрываемые программой Medicare, должны быть предоставлены вам в соответствии с принципами предоставления страхового покрытия Medicare.
- Услуги (включая медицинскую помощь, услуги, принадлежности, оборудование и лекарственные препараты по программе Часть B) *должны быть* необходимы по медицинским показаниям. «По медицинским показаниям» означает, что услуги, принадлежности или лекарственные препараты необходимы вам для профилактики, диагностики или лечения вашего заболевания и при этом соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики.
- Для новых участников: ваш план координированного медицинского обслуживания MA должен обеспечить как минимум 90-дневный переходный период, в течение которого новый план MA может не требовать предварительного разрешения на какой-либо активный курс лечения, даже если этот курс лечения был начат в рамках услуги от внесетевого поставщика услуг.
- У вас есть поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP), который предоставляет вам медицинскую помощь и координирует ее получение у других специалистов. В большинстве случаев ваш PCP должен выдать вам предварительное одобрение (направление), с которым можно обращаться к другим поставщикам услуг, представленным в сети нашего плана страхования.
- Некоторые услуги, перечисленные в таблице страхового покрытия, покрываются *только* в том случае, если ваш врач или другой сетевой поставщик услуг получает от нас предварительное одобрение на их получение (иногда называемое предварительным разрешением). Покрываемые услуги, требующие предварительного разрешения, выделены курсивом в таблице страхового покрытия.
- Если ваш план координированного медицинского обслуживания подтверждает запрос на предварительное разрешение на курс лечения, такое подтверждение должно действовать в течение периода, достаточного с медицинской точки зрения и необходимого для недопущения перерывов в лечении в соответствии с применимыми критериями покрытия, историей болезни и рекомендациями лечащего врача.

Что еще нужно знать о нашем страховом покрытии:

- Ваше медицинское обслуживание покрывается как программой Medicare, так и программой California Medi-Cal (Medicaid). Программа Medicare покрывает расходы на медицинское обслуживание и рецептурные лекарственные препараты. Программа California Medi-Cal (Medicaid) может покрывать вашу долю участия в расходах на оплату услуг по программе Medicare, включая не покрываемые страховкой медицинские минимумы в рамках плана и суммы доплаты или дополнительного взноса за стационарные и амбулаторные больничные услуги и приемы у врача в зависимости от вашей категории соответствия условиям California Medi-Cal (Medicaid). Программа California Medi-Cal (Medicaid) также покрывает услуги, которые не покрывает Medicare, например, долгосрочный уход, некоторые безрецептурные лекарства, а также услуги на дому и по месту жительства.
- Аналогично всем остальным планам медицинского страхования в рамках Medicare, мы покрываем все услуги, покрываемые программой Original Medicare. (Чтобы узнать больше о страховом покрытии и расходах в рамках Original Medicare, см. ваш справочник *Medicare и вы* за 2027 год. Найдите этот документ онлайн на веб-сайте Medicare.gov или запросите экземпляр, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.)
- Что касается профилактических услуг, покрываемых бесплатно по программе Original Medicare, мы также покрываем эти услуги бесплатно для вас.
- Если программа Medicare вводит дополнительное страховое покрытие для любых новых услуг в течение 2027 года, данные услуги будут покрываться программой Medicare или нашим планом страхования.
- Если вы потеряете право на участие в программе California Medi-Cal (Medicaid), но есть основание полагать, что в течение 3 месяцев вы сможете восстановить это право, мы продолжим предоставлять вам все покрываемые услуги по программе Medicare, предусмотренные планом Medicare Advantage. Однако в этот период план Medicare Advantage не несет ответственности за покрытие любых услуг по программе California Medi-Cal (Medicaid), которые могут быть включены в план Medicaid штата. Если у вас возникли вопросы относительно вашего права на участие в программе, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

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

Важная информация об услугах для участников с хроническими заболеваниями

- Если у вас диагностировано(-ы) любое(-ые) хроническое(-ие) заболевание(-я), указанное(-ые) ниже, и вы соответствуете определенным критериям, вы можете иметь право на получение особых дополнительных услуг для хронически больных.
  - **Аутоиммунные заболевания**
  - **Рак**
  - **Сердечно-сосудистые заболевания**

- **Хроническая алкогольная зависимость и иные расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (SUD)**
- **Хронические и ведущие к инвалидности психические расстройства**
- **Хронические заболевания, ведущие к нарушениям зрения, слуха (глухоте), вкусовых ощущений, осязания и обоняния**
- **Хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта**
- **Хроническая сердечная недостаточность**
- **Хроническая почечная недостаточность (CKD)**
- **Хронические заболевания легких**
- **Заболевания, связанные с когнитивными нарушениями**
- **Заболевания, требующие непрерывной терапии с целью поддержания или восстановления функциональности**
- **Заболевания, связанные с функциональными трудностями**
- **Деменция**
- **Сахарный диабет**
- **Эндометриоз**
- **ВИЧ/СПИД**
- **Иммунодефицит и иммунодефицитные нарушения**
- **Неврологические расстройства**
- **Избыточный вес, ожирение и метаболический синдром**
- **Период после трансплантации органа**
- **Серьезные гематологические нарушения**
- **Инсульт**
- Ваш план включает Особые дополнительные услуги для хронически больных (SSBCI). Эти покрываемые услуги доступны участникам, у которых диагностировано одно или несколько хронических заболеваний, подпадающих под критерии соответствия, и которые соответствуют **всем** требованиям, установленным CMS.
  - У вас имеется одно или несколько сопутствующих хронических заболеваний, которые являются сложными с медицинской точки зрения, представляют угрозу для жизни или значительно ограничивают общее состояние здоровья или функциональные способности участника
  - Существует высокий риск госпитализации или других негативных последствий для здоровья
  - Требуется координация интенсивного медицинского обслуживания

Сам по себе диагноз хронического заболевания не является гарантией соответствия

условиям программы. **Помимо наличия одного или нескольких хронических заболеваний, соответствующих критериям, право на получение SSBCI подтверждается наличием у участника одного или нескольких из следующих условий:**

- Госпитализация или обращения в отделение неотложной помощи в анамнезе, и/или
- Частое обращение к амбулаторным услугам или специализированному медицинскому обслуживанию, и/или
- Свидетельства недостаточного контроля заболевания или несоблюдения режима лечения, и/или
- Немедицинские социальные потребности, влияющие на состояние здоровья (SDOH)

Право на участие определяется после вашего вступления в план на основе объективных, документально подтвержденных критериев, которые основываются на имеющейся информации, такой как медицинские записи, страховые требования, оценки координаторов медицинского обслуживания, документация поставщика услуг и другая подтверждающая информация.

Для новых участников, у которых нет достаточного опыта подачи страховых требований, в качестве подтверждения соответствия требованиям может быть предоставлено подтверждение поставщика. Предоставление подтверждения не гарантирует одобрение, поскольку соответствие участника условиям программы определяется на основе того, удовлетворяет ли он всем необходимым критериям.

Перед получением доступа к покрываемым услугам требуется получить подтверждение соответствия всем критериям. Wellcare уведомит вас в случае вашего соответствия критериям и предоставит инструкции о порядке получения услуг SSBCI. Если у вас возникли вопросы относительно этих покрываемых услуг или вашего соответствия критериям, свяжитесь с отделом обслуживания участников плана по номеру на обратной стороне вашей ID-карты.

Право на участие в SSBCI распространяется только на текущий год в рамках плана и заканчивается 31 декабря. Участники должны ежегодно соответствовать требованиям программы в рамках плана, чтобы продолжать получать эти покрываемые услуги.

- Для получения более подробной информации см. строку *«Особые дополнительные услуги для хронически больных»* в таблице страхового покрытия ниже.
- Свяжитесь с нами, чтобы узнать, на получение каких именно услуг вы можете иметь право.

Это яблоко обозначает профилактические услуги в Таблице страхового покрытия.

Таблица страхового покрытия

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Полный список услуг, покрываемых программой California Medi-Cal (Medicaid), представлен в Кратком описании страхового покрытия. Если вы не получили Краткое описание страхового покрытия, позвоните в отдел обслуживания участников плана и попросите выслать вам копию. Ваше страховое покрытие и участие в расходах на услуги, покрываемые в рамках Medicaid, зависят от вашего уровня соответствия условиям Medicaid. Для определения уровня страхового покрытия и участия в расходах обратитесь в представительство Medicaid вашего штата.	
Скрининг аневризмы брюшной аорты Один ультразвуковой скрининг для лиц из группы риска. Наш план страхования покрывает этот скрининг только при наличии у вас определенных факторов риска и при условии получения направления от лечащего врача, помощника врача (PA), квалифицированной медсестры (NP) или клинической медсестры-специалиста (CNS).	Для участников программы страхования, имеющих право на такой профилактический скрининг, не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Иглотерапия для лечения хронической боли в пояснице Покрываемые услуги: Покрывается до 12 сеансов в течение 90 дней при следующих обстоятельствах: В рамках данной услуги хроническая боль в пояснице определяется следующим образом: • Состояние наблюдается в течение 12 недель или более • Состояние имеет общий характер — не может быть выявлена системная причина (т. е. состояние не связано с метастатическим или воспалительным процессом и инфекционным заболеванием и т. д.) • Состояние не связано с хирургическим вмешательством • Состояние не связано с беременностью	Доплата $0 за сеанс иглотерапии у PCP, покрываемый программой Medicare. Доплата $0 за сеанс иглотерапии у профильного специалиста, покрываемый программой Medicare. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Иглотерапия для лечения хронической боли в пояснице — продолжение Для пациентов, у которых будет наблюдаться улучшение, будет покрыта стоимость еще 8 сеансов. Ежегодно можно проводить не более 20 процедур иглотерапии. Лечение должно быть прекращено, если состояние пациента не улучшается/ухудшается. **Требования к поставщику услуг:** Врачи могут проводить иглотерапию в соответствии с действующими требованиями штата. Помощники врача (PA), квалифицированные медсестры (NP)/клинические медсестры-специалисты (CNS) и вспомогательный персонал могут предоставлять услуги иглотерапии, если они отвечают всем применимым требованиям штата и имеют следующее: • степень магистра или доктора в области иглотерапии или восточной медицины, полученная в высшей школе, аккредитованной Комиссией по аккредитации в области иглотерапии и восточной медицины (ACAOM); а также • актуальная, полная, действующая и неограниченная лицензия на предоставление услуг иглотерапии в штате или на территории США, в Содружестве (например, Puerto Rico) либо в District of Columbia. Предоставление услуг иглотерапии вспомогательным персоналом должно проводиться под соответствующим надзором врача, PA или NP/CNS, как того требуют наши положения.	Доплата $0 за сеанс иглотерапии у мануального терапевта, покрываемый программой Medicare. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги скорой помощи Покрываемые услуги скорой помощи (как в экстренных, так и в неэкстренных ситуациях) включают услуги доставки самолетом, вертолетом и машиной скорой помощи в ближайшее подходящее учреждение, в котором может быть предоставлено медицинское обслуживание, если эти услуги доставки предоставляются участнику программы страхования, состояние здоровья которого не позволяет безопасно транспортировать его с использованием других видов транспорта, либо если для этих услуг получено разрешение нашего плана страхования. Если покрываемые услуги скорой помощи не являются экстренными, необходимо документально подтвердить, что состояние здоровья участника программы страхования не позволяет безопасно транспортировать его с использованием других видов транспорта и при этом транспортировка скорой помощью необходима по медицинским показаниям.	Доплата $0 за каждую поездку в одну сторону в рамках услуг наземной транспортировки скорой помощью, покрываемых программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение для услуг транспортировки самолетом и услуг неэкстренной транспортировки.* Доплата $0 за каждую поездку в одну сторону в рамках услуг транспортировки скорой помощью по воздуху, покрываемых программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение для услуг транспортировки самолетом и услуг неэкстренной транспортировки.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Ежегодный плановый медицинский осмотр 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. Ниже приведены примеры услуг, которые могут быть оказаны или заказаны во время вашего обследования: • Проведение стандартных измерений (рост, масса тела, артериальное давление); • Оценка факторов риска развития контролируемых болезней; • Проверка рефлексов и основных показателей жизнедеятельности; • Лабораторные анализы (образцы мочи и крови).	Доплата $0 за ежегодный плановый медицинский осмотр*.
Ежегодный профилактический прием Если вы являетесь участником программы Часть B более 12 месяцев, вы можете прийти на ежегодный профилактический прием для составления или обновления индивидуального плана профилактики с учетом вашего текущего состояния здоровья и факторов риска. Нашим планом покрывается один ежегодный профилактический прием каждый календарный год. **Примечание.** Ваш первый ежегодный профилактический прием состоится не ранее чем через 12 месяцев после профилактического приема *«Добро пожаловать в Medicare»*. Однако если вы являетесь участником программы Часть B в течение 12 месяцев, профилактический прием *«Добро пожаловать в Medicare»* необязателен для прохождения ежегодных профилактических приемов.	Для прохождения ежегодного профилактического приема не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Измерение костной массы Для отвечающих требованиям лиц (как правило, это лица с повышенным риском потери костной массы или остеопороза) каждые 24 месяца или чаще, если это необходимо по медицинским показаниям, покрываются следующие услуги: процедуры по определению костной массы, выявлению потери костной массы или определению состояния костной ткани, включая интерпретацию результатов исследований лечащим врачом.	Для услуги измерения костной массы, покрываемой по программе Medicare, не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Скрининг рака молочной железы (маммография) Покрываемые услуги: • Одна базисная маммография в возрасте от 35 до 39 лет • Одна скрининговая маммография каждые 12 месяцев для женщин в возрасте 40 лет и старше • Клиническое обследование молочной железы однократно каждые 24 месяца	Для покрываемой услуги скрининговой маммографии не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Услуги кардиологической реабилитации Комплексные программы услуг по кардиологической реабилитации, включающие физические нагрузки, обучение и консультации, покрываются для участников программы страхования, отвечающих определенным требованиям, и по направлению врача. Наш план покрывает эти комплексные программы, если у вас было хотя бы одно из перечисленных заболеваний: • инфаркт миокарда, перенесенный в течение последних 12 месяцев; • аортокоронарное шунтирование; • стабильная стенокардия (боль в груди); • пластика или замена клапана сердца; • коронарная ангиопластика (медицинская процедура, используемая для открытия закупоренной артерии) или коронарное стентирование (процедура, используемая для поддержания артерии в открытом состоянии);	Доплата $0 за услуги кардиологической реабилитации, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться направление.* Доплата $0 за услуги интенсивной кардиологической реабилитации, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги кардиологической реабилитации — продолжение • трансплантация сердца или сердца и легких; • стабильная хроническая сердечная недостаточность. Ограничения страхового покрытия: Вы можете получить до 36 сеансов кардиологической реабилитации. Вы можете проходить до 2 сеансов в день (каждый продолжительностью 1 час), а общая продолжительность программы может составлять до 36 недель. Если вы соответствуете требованиям, вы сможете получить еще 36 сеансов, которые можно распределить на более длительный период времени.	
Прием с целью снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (лечение сердечно-сосудистого заболевания) Мы покрываем одно посещение вашего основного лечащего врача в год с целью снижения риска развития у вас сердечно-сосудистых заболеваний. В ходе такого посещения ваш врач может обсудить с вами использование аспирина (в применимых случаях), проверить ваше артериальное давление и дать рекомендации по здоровому питанию.	Для услуги интенсивной поведенческой терапии в рамках профилактики сердечно-сосудистых заболеваний не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Скрининговые исследования на наличие сердечно-сосудистых заболеваний Анализы крови для выявления сердечно-сосудистых заболеваний (или патологий, связанных с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний) проводятся один раз каждые 5 лет (60 месяцев).	Для тестирования на наличие сердечно-сосудистых заболеваний, проводящегося один раз каждые 5 лет, не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Скрининг рака шейки матки и влагалища Покрываемые услуги: • Цитологические мазки и гинекологическое обследование раз в 24 месяца для всех женщин • Один цитологический мазок каждые 12 месяцев, если у вас высокий риск заболевания раком шейки матки или влагалища или вы находитесь в репродуктивном возрасте и за последние 3 года у вас были обнаружены патологические изменения в цитологических мазках	Для профилактических цитологических мазков и обследований тазовых органов, покрываемых по программе Medicare, не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Услуги мануальной терапии Покрываемые услуги: • Мы покрываем только манипуляции с позвоночником с целью исправления вертебральных подвывихов	Доплата $0 за услуги мануальной терапии, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
Скрининг рака толстого кишечника и прямой кишки Покрываются следующие скрининговые исследования: • 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.	Для скринингового обследования на выявление рака толстого кишечника и прямой кишки, покрываемого по программе Medicare, не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Скрининг рака толстого кишечника и прямой кишки — продолжение • КТ-колонография для пациентов в возрасте 45 лет и старше с невысоким риском развития рака толстого кишечника и прямой кишки покрывается, если прошло не менее 59 месяцев с месяца, в котором выполнялась последняя скрининговая КТ-колонография, или 47 месяцев с месяца, в котором выполнялась последняя скрининговая гибкая сигмоидоскопия или скрининговая колоноскопия. Если пациент имеет высокий риск развития рака толстого кишечника и прямой кишки, покрытие скрининговой КТ-колонографии в случае ее проведения не менее чем через 23 месяца с месяца, в котором выполнялась последняя скрининговая КТ-колонография или последняя скрининговая колоноскопия. • 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 КТ-колонографии. • Скрининговые исследования кала на скрытую кровь для пациентов в возрасте от 45 лет. Однократно каждые 12 месяцев. • Многоцелевой анализ ДНК кала для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям высокого риска. Однократно каждые 3 года. • Тесты на биомаркеры в крови для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям высокого риска. Однократно каждые 3 года. • 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. • Обследования в рамках скрининга рака толстого кишечника и прямой кишки включают плановую скрининговую гибкую сигмоидоскопию, скрининговую колоноскопию с изъятием ткани либо иного материала или иную процедуру, которая выполняется в связи со скрининговым обследованием, по его результатам, а также в рамках того же клинического приема.	Если во время колоноскопии или гибкой сигмоидоскопии врач обнаружит и удалит полип или другую ткань, скрининговое исследование становится диагностическим, и за услуги врача взимается доплата в размере $0.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Стоматологические услуги Как правило, программа Original Medicare не покрывает профилактические стоматологические услуги (включая чистку, плановые стоматологические осмотры и рентгенографию зубов). Однако программа Medicare оплачивает стоматологические услуги в ограниченном числе случаев, в частности, когда эти услуги являются неотъемлемой частью специфического лечения основного заболевания лица. В качестве примеров можно привести реконструкцию челюсти после перелома или травмы, удаление зубов при подготовке к лучевой терапии челюсти при раке или осмотр полости рта перед трансплантацией органа. Кроме того, мы покрываем следующие услуги: **<u>Дополнительные (плановые) стоматологические услуги</u>** • **Комплексное стоматологическое обслуживание.** К покрываемым услугам относятся следующие: ○ Восстановительные процедуры — 1 раз для одного и того же зуба каждые 7 лет участия в плане ○ Ортопедическая стоматология, несъемные протезы — 1 раз для одного и того же зуба каждые 7 лет участия в плане	Доплата $0 за каждую стоматологическую услугу, покрываемую программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.* Доплата $0 за каждую восстановительную процедуру*. *Может требоваться предварительное разрешение.* Доплата $0 за каждую ортопедическую стоматологическую услугу с применением несъемных протезов*. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Стоматологические услуги — продолжение	
○ Ортопедическая стоматология, съемные протезы — 1 раз на зубной ряд каждые 2–3 года участия в плане в зависимости от типа услуги	Доплата $0 за каждую ортопедическую стоматологическую услугу с применением съемных протезов. * *Может требоваться предварительное разрешение.*
○ Дополнительные общие услуги — 1 раз ежегодно	Доплата $0 за каждую дополнительную общую услугу. * *Может требоваться предварительное разрешение.*
Перед получением услуг участникам программы рекомендуется обсудить варианты лечения с поставщиком плановых стоматологических услуг, участвующим в программе. Лечение должно быть начато и завершено в рамках действия страхового покрытия в течение страхового года. Стоимость стоматологических услуг, не покрываемых планом, оплачивает сам участник. **Дополнительные (т. е. не покрываемые программой Medicare плановые) стоматологические услуги должны быть получены у участвующего в программе поставщика, чтобы обеспечить страховое покрытие.** **С вопросами о том, как найти поставщика услуг или подать страховое требование, или за дополнительной информацией обращайтесь в отдел обслуживания участников плана.** **Вы можете найти дополнительную информацию о страховом покрытии стоматологических услуг, включая подробный перечень покрываемых процедур, в сведениях о покрытии стоматологических услуг на веб-сайте:** go.wellcare.com/dental-ca	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Скрининг депрессии Мы покрываем один скрининг депрессии в год. Скрининг должен проводиться в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи, которое может предоставить вам последующее лечение и/или направления.	Для ежегодного посещения с целью скрининга депрессии не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Скрининг сахарного диабета Мы покрываем данный скрининг (включая анализ крови на глюкозу натощак), если у вас имеются любые из следующих факторов риска: высокое артериальное давление (гипертония), аномальные уровни холестерина и триглицеридов в анамнезе (дислипидемия), ожирение или повышенный уровень сахара (глюкозы) в крови в анамнезе. Анализы также могут покрываться, если вы соответствуете другим требованиям, например, если у вас избыточный вес и отягощенный по диабету семейный анамнез. Вы можете иметь право проходить до 2 скринингов сахарного диабета каждые 12 месяцев после даты проведения последнего скринингового обследования на сахарный диабет.	Для скрининговых обследований на выявление сахарного диабета, покрываемых по программе Medicare, не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Обучение самостоятельному контролю самочувствия при сахарном диабете, услуги и принадлежности для лиц с сахарным диабетом Для всех лиц с сахарным диабетом (как принимающих, так и не принимающих инсулин) в число покрываемых услуг входят: • Материалы для контроля уровня глюкозы в крови: глюкометр (традиционный глюкометр для анализа капиллярной крови из пальца), системы непрерывного мониторинга глюкозы (CGM), тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови, ланцеты и ланцетные устройства, а также контрольные растворы глюкозы для проверки точности тест-полосок и глюкометров.	Доплата $0 за глюкометр, покрываемый программой Medicare (традиционный глюкометр для анализа капиллярной крови из пальца). *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Обучение самостоятельному контролю самочувствия при сахарном диабете, услуги и принадлежности для лиц с сахарным диабетом — продолжение	
	Доплата $0 за системы непрерывного мониторинга глюкозы (CGM), покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.* Доплата $0 за тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови, ланцеты и ланцетные устройства, а также контрольные растворы глюкозы, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.* Тем не менее вы все равно можете заплатить до 20% от суммы за продукты, которые не покрываются программой California Medi-Cal (Medicaid).
• Для больных сахарным диабетом с выраженным синдромом диабетической стопы: одна пара ортопедической обуви по слепку стопы (включая предоставляемые с такой обувью стельки) и 2 дополнительные пары стелек или одна пара закрытой обуви повышенной глубины и 3 пары стелек (не включая стандартные съемные стельки, предоставляемые с такой обувью) на каждый календарный год, включая примерку.	Доплата $0 за покрываемые программой Medicare ортопедическую обувь или стельки для лиц с сахарным диабетом и тяжелой степенью диабетического заболевания стоп. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Обучение самостоятельному контролю самочувствия при сахарном диабете, услуги и принадлежности для лиц с сахарным диабетом — продолжение	
• Обучение самостоятельному уходу при сахарном диабете в определенных условиях. Предпочтительными товарами для тестирования при сахарном диабете (глюкометры и тест-полоски) являются Accu-Chek™ Guide и True Metrix™. Предпочтительными торговыми марками систем непрерывного мониторинга уровня глюкозы являются Dexcom и FreeStyle Libre. Для получения дополнительной информации о товарах, входящих в списки предпочтительных товаров для тестирования и мониторинга при сахарном диабете, обратитесь в отдел обслуживания участников плана. Если вы пользуетесь товарами для тестирования и мониторинга при сахарном диабете, которые не рекомендованы планом, обратитесь к своему поставщику услуг, чтобы получить новый рецепт или запросить предварительное разрешение на использование непредпочтительного глюкометра и тест-полосок.	Тем не менее вы все равно можете заплатить до 20% от суммы за продукты, которые не покрываются программой California Medi-Cal (Medicaid). Доплата $0 за обучение самостоятельному уходу при сахарном диабете, покрываемое программой Medicare. *Может требоваться направление.* Тем не менее вы все равно можете заплатить до 20% от суммы за продукты, которые не покрываются программой California Medi-Cal (Medicaid).

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие принадлежности (Определение медицинского оборудования длительного пользования см. в главе 12 и главе 3) Покрывается в том числе следующее: инвалидные коляски, костыли, системы ортопедических матрасов, принадлежности для лиц с сахарным диабетом, заказываемые поставщиком медицинских услуг больничные койки для использования на дому, насосы для внутривенной инфузии, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование, небулайзеры и ходунки. Мы покрываем все оборудование DME, необходимое по медицинским показаниям и покрываемое программой Original Medicare. Если наш поставщик оборудования в вашем регионе не поставляет изделия определенной торговой марки или производителя, вы можете попросить его сделать для вас специальный заказ. Наиболее актуальный список поставщиков доступен на нашем веб-сайте по адресу go.wellcare.com/2027providerdirectories.	Доплата $0 за покрываемое программой Medicare медицинское оборудование длительного пользования. *Может требоваться предварительное разрешение.* Доплата $0 за медицинские принадлежности, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.* Ваша доплата в рамках участия в расходах на покрытие кислородного оборудования по программе Medicare составляет $0 каждые 36 месяцев. Доля вашего участия в расходах не изменится после 36 месяцев участия в программе. Если вы в течение 36 месяцев оплачивали аренду кислородного оборудования до того, как вы зарегистрировались в нашем плане, то ваша доплата в рамках участия в расходах в нашем плане составляет $0.
Экстренная медицинская помощь К экстренной медицинской помощи относятся услуги, которые соответствуют следующим критериям:	Доплата $0 за посещения отделения неотложной помощи, покрываемые программой Medicare.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Экстренная медицинская помощь — продолжение • Предоставляются поставщиком услуг, компетентным предоставлять услуги экстренной медицинской помощи, и • Необходимы для оценки или стабилизации состояния, требующего экстренной медицинской помощи Неотложным называется состояние, при котором вы или любой другой здравомыслящий человек, не являющийся медицинским специалистом и имеющий обычный уровень знаний о здоровье и медицине, предполагаете наличие у вас медицинских симптомов, которые требуют немедленного медицинского вмешательства для предотвращения смертельного исхода (потери плода при беременности), потери конечности или функции конечности. Такие медицинские симптомы могут включать заболевание, травму, сильную боль или быстро ухудшающееся состояние. Доля участия в расходах на необходимые услуги экстренной помощи, которые вы получаете вне сети, равняется доле участия в расходах на эти услуги, которые вы получаете внутри сети. Покрываются услуги экстренной медицинской помощи за пределами США.	Если вы получили экстренную помощь в больнице, не принадлежащей к сети, и после стабилизации вашего неотложного состояния нуждаетесь в стационарном лечении, вы должны отправиться в сетевую больницу, чтобы ваше лечение было покрыто, или получить подтверждение со стороны нашего плана на прохождение стационарного лечения во внесетевой больнице, при этом сумма ваших расходов будет равняться сумме участия в расходах, которую вы заплатили бы в сетевой больнице. Доплата $115 за услуги экстренной медицинской помощи, получаемые за пределами США*. Вы оплачиваете эту сумму, даже если вас госпитализируют в больницу по поводу того же состояния. Для вас предусмотрено страховое покрытие на сумму до $50,000 ежегодно в случае получения неотложной или экстренной медицинской помощи за пределами США.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Обучающие программы по охране здоровья и улучшению самочувствия • **Линия сестринских консультаций** Бесплатная телефонная линия сестринских консультаций, укомплектованная квалифицированными дипломированными медсестрами, доступна круглосуточно, без выходных. Медсестры предоставляют консультации по вопросам, связанным со здоровьем, помогают участникам определить наиболее подходящий уровень медицинской помощи, а также оказывают поддержку при состояниях, не представляющих собой экстренную ситуацию. Вы можете связаться с линией сестринских консультаций, позвонив в отдел обслуживания участников плана и попросив перевести вас на линию сестринских консультаций.	Доплата $0 за пользование линией сестринских консультаций*.
Сурдологические услуги Диагностические обследования слуха и равновесия, проводящиеся вашим поставщиком услуг, чтобы определить, нуждаетесь ли вы в медицинской помощи, покрываются как амбулаторные услуги, если вы получаете их от лечащего врача, аудиолога или другого квалифицированного поставщика услуг. **Наш план также покрывает следующие дополнительные (плановые) сурдологические услуги:** • 1 плановая проверка слуха ежегодно. • 1 подгонка/заключение о необходимости ношения слухового аппарата ежегодно.	Доплата $0 за каждую проверку слуха, покрываемую программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.* Доплата $0 за 1 плановую проверку слуха ежегодно*. *Может требоваться предварительное разрешение.* Доплата $0 за 1 подгонку/заключение о необходимости ношения слухового аппарата ежегодно*.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Сурдологические услуги — продолжение **Для обеспечения полного страхового покрытия сурдологических услуг плановые сурдологические услуги должны быть получены у участвующего в программе и входящего в сеть поставщика.** Для получения дополнительной информации о вашем поставщике слуховых аппаратов, контактных данных и доступных услугах позвоните в отдел обслуживания участников плана.	*Может требоваться предварительное разрешение.*
Скрининг на ВИЧ Для лиц, желающих пройти скрининговое обследование на ВИЧ или имеющих повышенный риск инфицирования ВИЧ, мы покрываем следующие услуги: • Одно скрининговое обследование каждые 12 месяцев Если вы беременны, мы покрываем: • До 3 скрининговых обследований в течение беременности.	Для участников программы страхования, имеющих право на профилактический скрининг ВИЧ, покрываемый по программе Medicare, не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Услуги агентств по медицинскому обслуживанию на дому Перед получением вами медицинских услуг на дому врач должен подтвердить, что вы нуждаетесь в медицинских услугах на дому, и заказать предоставление таких услуг соответствующим агентством. Вы должны быть прикованы к дому, т. е. выход из дома должен представлять для вас значительное затруднение. К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее: • 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) • Физиотерапия, трудовая терапия и логопедическая терапия • Медико-социальные услуги • Медицинское оборудование и принадлежности	Доплата $0 за каждую покрываемую программой Medicare услугу агентств по медицинскому обслуживанию на дому. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Инфузионная терапия на дому	
Инфузионная терапия на дому подразумевает внутривенное или подкожное введение лекарств или биологических препаратов человеку на дому. Компоненты, необходимые для проведения инфузионной терапии на дому, включают лекарственный препарат (например, противовирусные средства, иммуноглобулин), оборудование (например, насос) и принадлежности (например, трубки и катетеры).	Доплата $0 за профессиональные услуги поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), включая подготовку и обучение медсестер, дистанционное наблюдение и услуги мониторинга. Доплата $0 за профессиональные услуги специалиста, включая подготовку и обучение медсестер, дистанционное наблюдение и услуги мониторинга.
К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее: • Профессиональные услуги, включая услуги медсестры, предоставляемые в соответствии с нашим планом медицинского обслуживания • Обучение и тренинги для пациентов, не покрываемые иным образом в рамках страхового покрытия медицинского оборудования длительного пользования • Удаленный мониторинг • Услуги по контролю процедуры инфузионной терапии на дому и поставки соответствующих препаратов квалифицированным специалистом по инфузионной терапии на дому	*Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.* Оборудование и принадлежности для инфузионной терапии на дому покрываются в рамках страхового покрытия медицинского оборудования длительного пользования (DME). Информацию об участии в расходах см. в разделе «Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие принадлежности».

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Инфузионная терапия на дому — продолжение	Препараты для инфузионной терапии на дому покрываются в рамках программы Medicare Part B с покрытием рецептурных лекарственных препаратов. Информацию об участии в расходах см. в разделе «Лекарства по рецепту, покрываемые программой Medicare Part B».
Услуги хосписа Вы имеете право на покрываемые услуги хосписа после того, как ваш лечащий врач и главный врач хосписа вынесут заключение о том, что вы неизлечимо больны и при обычном течении болезни проживете не более 6 месяцев. Вы можете получить уход по любой программе хосписного ухода, сертифицированной Medicare. Наш план страхования обязан помочь вам найти сертифицированные Medicare программы хосписного ухода в зоне обслуживания нашего плана, включая те, которыми мы владеем, управляем или в которых имеем финансовый интерес. Ваш врач в хосписе может быть как сетевым, так и внесетевым поставщиком услуг. Покрываемые услуги: • Лекарственные препараты для устранения симптомов и облегчения боли • Услуги краткосрочного ухода на время отсутствия ухаживающего лица • Уход на дому При поступлении в хоспис вы имеете право остаться в нашем плане; если вы остаетесь в нашем плане, вы должны продолжать оплачивать страховые взносы по плану.	Если вы вступаете в программу хосписного ухода, сертифицированную Medicare, ваши услуги хосписа и услуги в рамках программы Часть A и Часть B, связанные с терминальной стадией неизлечимого заболевания, покрывает Original Medicare, а не наш план. В отношении услуг консультирования в рамках хосписного ухода может применяться участие в расходах на услуги врача. Информацию об участии в расходах см. в разделе «Услуги врача/ квалифицированного специалиста» данной таблицы.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги хосписа — продолжение **Услуги хосписа и услуги, покрываемые в рамках программы Medicare Part A или B, в связи с терминальной стадией неизлечимого заболевания:** услуги хосписа, а также любые услуги в рамках программы Часть A и Часть B, связанные с терминальной стадией неизлечимого заболевания, покрывает Original Medicare (а не наш план страхования). В период вашего участия в программе хосписного ухода ваш поставщик услуг хосписа будет выставлять Original Medicare счета на оплату услуг, покрываемых Original Medicare. Вам будет выставлен счет на участие в расходах по программе Original Medicare. **Услуги, покрываемые в рамках программы Medicare Part A или Medicare Part B и не связанные с терминальной стадией неизлечимого заболевания:** если вы нуждаетесь в услугах, которые не являются экстренными или услугами неотложной медицинской помощи, покрываются в рамках программы Medicare Part A или Medicare Part B и не связаны с терминальной стадией неизлечимого заболевания, стоимость данных услуг для вас зависит от того, входит ли ваш поставщик услуг в сеть нашего плана и соблюдаете ли вы правила плана (например, при наличии требования к получению предварительного разрешения). • Если вы получаете покрываемые услуги у сетевого поставщика услуг и следуете правилам плана при получении услуги, вы оплачиваете только сумму участия в расходах по плану за услуги поставщиков услуг, представленных в сети. • Если вы получаете покрываемые услуги у внесетевого поставщика услуг, вы оплачиваете долю участия в расходах в рамках программы Original Medicare. **Услуги, покрываемые нашим планом, но не покрываемые в рамках программы Medicare Part A или B:** наш план будет по-прежнему покрывать услуги, покрываемые планом, но не покрываемые в рамках программы Часть A или Часть B, вне зависимости от их связи с терминальной стадией неизлечимого заболевания. Вы платите за эти услуги вашу сумму участия в расходах согласно нашему плану.	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги хосписа — продолжение **Лекарственные препараты, которые могут покрываться в рамках программы Часть D нашего плана:** если эти препараты не связаны с терминальной стадией неизлечимого заболевания, вы оплачиваете долю участия в расходах. Если они связаны с терминальной стадией неизлечимого заболевания, вы оплачиваете долю участия в расходах по программе Original Medicare. Лекарственные препараты никогда не покрываются одновременно хосписом и нашим планом страхования. Более подробную информацию см. в разделе 9.4 главы 5. **Примечание.** Если вам нужен уход, не связанный с пребыванием в хосписе (уход, не связанный с терминальной стадией неизлечимого заболевания), обратитесь к нам для организации получения соответствующих услуг. Наш план страхования покрывает услуги консультирования в рамках ухода за неизлечимыми больными (только один раз) для лиц, находящихся в терминальной стадии неизлечимой болезни, которые не воспользовались страховым покрытием хосписного ухода.	
Прививки Услуги, покрываемые в рамках программы Medicare Part B, включают следующее: • Вакцины против пневмонии • Прививки от гриппа, проводящиеся один раз в сезон эпидемии гриппа осенью и зимой, а также дополнительные прививки (вакцины) от гриппа при наличии медицинских показаний • Прививки от гепатита B, если вы никогда не проходили полный курс вакцинации против гепатита B, не знаете свою историю вакцинации или у вас есть другие заболевания, которые повышают вероятность заражения гепатитом B до высокого или среднего уровня • Вакцины против COVID-19	Для прививок от пневмонии, гриппа, гепатита B и COVID-19 не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум. Для других вакцин, покрываемых Medicare (если вы находитесь в группе риска и они соответствуют правилам покрытия Medicare Part B), обратитесь к разделу «Лекарства по рецепту, покрываемые программой Medicare Part B» данной таблицы, чтобы узнать о применимом участии в расходах.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Прививки — продолжение • Другие вакцины, если они удовлетворяют правилам покрытия Medicare Part B и если вы находитесь в группе риска Мы также покрываем большинство прочих вакцин для взрослых в рамках страхового покрытия лекарственных препаратов по программе Часть D. Более подробную информацию см. в разделе 7 главы 6. Наш план покрывает большинство вакцин по программе Часть D для взрослых участников в возрасте 19 лет и старше.	*Для покрытия некоторых лекарственных препаратов по программе Часть B требуется предварительное разрешение.*
Стационарное лечение в больнице Сюда относится стационарное лечение при острых состояниях, реабилитация в условиях стационара, долгосрочный больничный уход и другие виды медицинских услуг в условиях стационара. Стационарное лечение в больнице начинается со дня вашего официального поступления в больницу по указанию врача. Последним днем вашего пребывания в стационаре является день, предшествующий дате выписки. Для вас покрывается пребывание в стационаре больницы, покрываемое Medicare, в количестве 90 дней. К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее: • Пребывание в двухместной палате (или одноместной палате, если это необходимо по медицинским показаниям) • Питание, включая особые диеты • Услуги регулярного сестринского ухода • Расходы на пребывание в отделении особого ухода (например, в отделении интенсивной терапии или отделении кардиореанимации) • Лекарственные препараты и медикаменты • Лабораторные анализы • Рентгеновские обследования и другие виды лучевой диагностики • Необходимые хирургические и медицинские принадлежности	При покрываемом программой Medicare пребывании в учреждении за каждое пребывание: доплата $0 за каждое пребывание в стационаре. Доплата за резервные дни в течение всего срока участия в программе составляет $0.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Стационарное лечение в больнице — продолжение • Использование оборудования, например, инвалидных колясок • Стоимость пребывания в операционной и послеоперационной палате • Физиотерапия, трудовая терапия и логопедическая терапия • Стационарное лечение алкогольной и наркотической зависимости • В некоторых случаях покрываются следующие типы трансплантатов: роговица, почка, почка/поджелудочная железа, сердце, печень, легкое, сердце/легкое, костный мозг, стволовые клетки и кишечник/мультивисцеральный трансплантат. Если вам необходима трансплантация, мы организуем рассмотрение вашего случая в одобренном Medicare центре трансплантации, который примет решение о внесении вас в список кандидатов на трансплантацию. Поставщики трансплантатов могут быть местными или находиться за пределами зоны обслуживания. Если наши сетевые услуги по трансплантации предоставляются за пределами схемы обслуживания вашего района, вы можете получить их по месту проживания при условии, что местные поставщики услуг трансплантации примут ставку оплаты Original Medicare. Если наш план предоставляет услуги трансплантации в местности, находящейся за пределами схемы оказания услуг трансплантации в вашем районе, и вы выберете получение трансплантата в такой отдаленной местности, мы организуем или оплатим соответствующее проживание и дорогу для вас и сопровождающего вас лица. • Кровь, включая хранение и переливание. Покрытие услуг по переливанию цельной крови и эритроцитов начинается только с первой пинты крови, необходимой вам. Все остальные компоненты крови покрываются, начиная с первой пинты. • Услуги врача-терапевта	Резервные дни в течение всего срока участия — это дополнительные дни, которые оплачиваются планом, если участники находятся в больнице больше, чем количество дней, покрываемых планом. В общей сложности участникам плана доступно 60 резервных дней, которые могут быть использованы в течение всего срока участия. Если вы получаете одобренное стационарное лечение в больнице, не входящей в сеть плана, после стабилизации вашего состояния, требующего экстренной медицинской помощи, ваши расходы будут равны расходам, которые вы бы заплатили в сетевой больнице. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Стационарное лечение в больнице — продолжение **Примечание.** Чтобы вы считались стационарным пациентом, ваш поставщик услуг должен выдать письменное распоряжение об официальном принятии вас в больницу в качестве стационарного пациента. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом, обратитесь к персоналу больницы. • Получите дополнительную информацию из информационного бюллетеня программы Medicare по *больничным услугам по программе Medicare*, доступном по адресу Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf или по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.	
Стационарные услуги в психиатрической больнице Покрываемые услуги включают услуги в сфере психического здоровья, которые требуют пребывания в стационаре. Вам предоставляется покрытие в объеме 90 дней за каждое покрываемое программой Medicare пребывание. На стационарные услуги в сфере психического здоровья, предоставляемые в психиатрической больнице, действует пожизненный лимит в 190 дней. Лимит в 190 дней не применяется в отношении стационарных услуг в сфере психического здоровья, предоставленных в психиатрическом отделении больницы общего профиля. Если вы использовали часть пожизненного лимита в 190 дней по программе Medicare до вступления в наш план, то вы сможете получить только оставшуюся часть вашего лимита.	При покрываемом программой Medicare пребывании в учреждении за каждое пребывание: Доплата $0 за каждое пребывание в психиатрической больнице. Доплата за резервные дни в течение всего срока участия в программе составляет $0. Резервные дни в течение всего срока участия — это дополнительные дни, которые оплачиваются планом, если участники находятся в больнице больше, чем количество дней, покрываемых планом. В общей сложности участникам плана доступно 60 резервных дней, которые могут быть использованы в течение всего срока участия.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Стационарные услуги в психиатрической больнице — продолжение	*Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.* Если вы получаете одобренное стационарное лечение в больнице, не входящей в сеть плана, после стабилизации вашего состояния, требующего экстренной медицинской помощи, ваши расходы будут равны расходам, которые вы бы заплатили в сетевой больнице.
Пребывание в стационаре: покрываемые услуги, получаемые в больнице или SNF в течение непокрываемого пребывания в стационаре Мы не покрываем ваше пребывание в стационаре, если вы исчерпали объем ваших покрываемых услуг стационарного лечения или если пребывание в стационаре не представляется обоснованным и необходимым. В некоторых случаях мы будем оплачивать определенные услуги, которые вы получите во время вашего пребывания в стационаре или учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF). К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее: • Услуги врача-терапевта • Диагностические тесты (например, лабораторные анализы) • Лучевая, радиевая и изотопная терапия, включая услуги лаборанта, оборудование и расходные материалы	Перечисленные услуги будут по-прежнему покрываться с учетом сумм участия в расходах, указанных в таблице страхового покрытия для конкретной услуги.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Пребывание в стационаре: покрываемые услуги, получаемые в больнице или SNF в течение непокрываемого пребывания в стационаре — продолжение • Перевязочные материалы • Шины, иммобилизующие аппараты и другие устройства для лечения переломов и вывихов • Протезы и ортопедические изделия (кроме стоматологических), полностью или частично заменяющие внутренний орган (включая пограничную ткань) или полностью или частично выполняющие функции недействующего или плохо функционирующего внутреннего органа, включая замену или ремонт таких устройств • Ортезы для ног, рук, спины и шеи; бандажи; искусственные руки, ноги и глаза, включая их подгонку, ремонт и замену, необходимые в связи с их поломкой, износом, утратой или в случае изменения физического состояния пациента • Физиотерапия, логопедическая терапия и трудовая терапия	
Диетотерапия Данная услуга предоставляется по назначению врача и предназначена для лиц с сахарным диабетом, заболеваниями почек (не проходящих диализ) или после трансплантации почки. Мы покрываем 3 часа услуг индивидуального консультирования во время первого года получения вами диетотерапии в рамках программы Medicare (сюда относится наш план, любой другой план Medicare Advantage или программа Original Medicare), а также 2 часа в каждом последующем году. Если ваше состояние, лечение или диагноз изменились, вы можете получить больше часов лечения по назначению врача. Врач должен назначать данные услуги и возобновлять назначение ежегодно, если вам будет необходимо лечение в следующем календарном году.	Для услуг диетотерапии, покрываемых по программе Medicare, не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Программа профилактики сахарного диабета Medicare (MDPP) **Услуги по MDPP покрываются для удовлетворяющих критериям лиц в рамках всех планов медицинского страхования по программе Medicare.** Программа MDPP — это структурированное медицинское вмешательство с целью изменения поведения, которое предусматривает практическое обучение долгосрочному изменению рациона, увеличение физических нагрузок и стратегии решения задач для преодоления трудностей, связанных с поддержанием оптимального веса и ведением здорового образа жизни.	Для страхового покрытия программы MDPP не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Лекарства по программе Medicare Part B **Эти лекарственные препараты покрываются в рамках программы Original Medicare Part B. Участники нашего плана страхования получают покрытие таких лекарственных препаратов через наш план. Покрываемые лекарственные препараты включают:** • Лекарственные препараты, которые пациенты в обычных условиях не принимают самостоятельно и которые вводятся инъекционно или внутривенно во время получения вами услуг у лечащего врача, в амбулаторном отделении больницы или амбулаторном хирургическом центре • Инсулин, поставляемый с помощью оборудования длительного пользования (например, инсулиновой помпы по медицинским показаниям) • Прочие лекарственные препараты, которые вы принимаете с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, небулайзера) и для которых получено разрешение нашего плана страхования	К некоторым лекарствам может применяться требование поэтапного лечения. Аптеке может потребоваться подать страховое требование как в наш план, так и в программу California Medi-Cal (Medicaid), чтобы вы могли получать препараты, покрываемые по программе Часть B, по ценам с долей участия в расходах, указанным ниже. **Препараты инсулина, покрываемые программой Medicare Part B**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Лекарства по программе Medicare Part B — продолжение	
• Препарат от болезни Alzheimer Leqembi® (непатентованное название — леканемаб), который вводится внутривенно. В дополнение к расходам на лекарственные препараты может потребоваться дополнительное сканирование и анализы до и/или во время лечения, что может привести к увеличению общих расходов. Поговорите со своим врачом о том, какие процедуры сканирования и анализы могут потребоваться вам в рамках лечения • Факторы свертывания, которые вы применяете самостоятельно в виде инъекций при наличии у вас гемофилии • Препараты, применяемые при трансплантации/ иммуносупрессивные препараты: Medicare покрывает терапию лекарственными препаратами, применяемыми при трансплантации, если программа Medicare оплатила трансплантацию органа. Вы должны быть участником программы Часть A на момент проведения трансплантации, покрываемой страховкой, и программы Часть B на момент получения иммуносупрессивных препаратов. Страховое покрытие лекарственных препаратов по программе Medicare Part D покрывает расходы на иммунодепрессивные препараты, если часть B не покрывает их • Инъекционные препараты против остеопороза, если вы не можете покинуть дом, у вас перелом кости, который врач оценил как связанный с постменопаузальным остеопорозом, и вы не можете самостоятельно вводить лекарственный препарат • Некоторые антигены: Medicare покрывает антигены, если их готовит врач, а вводит должным образом обученное лицо (таким лицом может быть и сам пациент) под соответствующим наблюдением	Доплата $0 за препараты инсулина по программе Часть B, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.* **Прочие лекарственные препараты, покрываемые программой Medicare Part B** Доплата $0 за прочие лекарства по программе Часть B, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.* **Лекарственные препараты для химиотерапии/лучевой терапии, покрываемые программой Medicare Part B** Доплата $0 за лекарственные препараты для химиотерапии по программе Часть B, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Лекарства по программе Medicare Part B — продолжение • Некоторые пероральные противоопухолевые препараты: Medicare покрывает некоторые пероральные противоопухолевые препараты, т. е. те, которые вы принимаете через рот, если точно такой же препарат доступен в инъекционной форме или препарат является пролекарством (пероральная форма препарата, который при приеме внутрь распадается на те же действующие вещества, что и присутствующие в инъекционном препарате) инъекционного препарата. По мере появления новых пероральных противоопухолевых препаратов они могут включаться в покрытие по программе Часть B. При отсутствии покрытия по программе Часть B предусмотрено покрытие по программе Часть D • Пероральные противорвотные препараты: Medicare покрывает пероральные противорвотные препараты, которые вы получаете в рамках схемы противоопухолевой химиотерапии, если они вводятся до, во время или в течение 48 часов после химиотерапии либо используются в качестве полной терапевтической замены для внутривенного противорвотного препарата • Некоторые пероральные препараты при терминальной стадии почечной недостаточности (ESRD), покрываемые программой Medicare Part B • Кальцимиметические и фосфат-связывающие препараты в рамках системы оплаты лечения ESRD, включая внутривенный лекарственный препарат Parsabiv® и пероральный лекарственный препарат Sensipar® • Некоторые лекарства для диализа на дому, включая гепарин, антидот гепарина при его необходимости по медицинским показаниям и местные анестетики • Препараты, стимулирующие эритропоэз: Medicare покрывает инъекционный эритропоэтин, если у вас имеется терминальная стадия почечной недостаточности (ESRD) или вам необходим этот препарат для лечения анемии, связанной с некоторыми другими заболеваниями (например, Retacrit®)	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Лекарства по программе Medicare Part B — продолжение • Внутривенный иммуноглобулин для лечения первичных иммунодефицитных заболеваний на дому • Парентеральное и энтеральное питание (внутривенное и зондовое питание) По этой ссылке вы можете ознакомиться со списком лекарственных препаратов по программе Часть B, на которые может распространяться требование поэтапного лечения: go.wellcare.com/CAStepTherapy. Мы также покрываем ряд вакцин в рамках страхового покрытия лекарственных препаратов по программе Часть B и большинство вакцин для взрослых по программе Часть D. В главе 5 объясняется содержание страхового покрытия лекарственных препаратов по программе Часть D, включая правила, которые вы должны соблюдать для гарантии покрытия рецептурных препаратов. Ваши расходы на лекарственные препараты по программе Часть D в рамках нашего плана страхования описаны в главе 6.	
Скрининг ожирения и терапия для устойчивого снижения веса Если ваш индекс массы тела равен 30 и более, страховое покрытие включает услугу интенсивного консультирования, направленного на помощь в снижении веса. Данное консультирование покрывается, если вы получаете эту услугу в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи, где ее оказание может быть согласовано с вашим комплексным планом профилактических мер. Дополнительные сведения вы можете получить у своего основного лечащего врача или квалифицированного специалиста.	Для профилактического скрининга ожирения и соответствующей терапии не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги в рамках программы лечения зависимости от опиоидов Участники нашего плана страхования с расстройствами, вызванными употреблением опиоидов (OUD), могут получать покрытие услуг по лечению таких расстройств в рамках Программы лечения зависимости от опиоидов (OTP), которая подразумевает следующие услуги: • Одобренные U.S. Food and Drug Administration (FDA) лекарственные препараты на основе агонистов и антагонистов опиоидов в рамках заместительной терапии (MAT) • Выдача и введение препаратов для MAT (если применимо) • Консультирование по поводу алкогольной и наркотической зависимости • Индивидуальная и групповая терапия • Токсикологический анализ • Процедуры при поступлении • Регулярные обследования	Доплата $0 за каждую услугу по лечению от опиоидной зависимости, покрываемую программой Medicare. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
Амбулаторное диагностическое тестирование, терапевтические услуги и принадлежности К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее: • Рентгенография	Доплата $0 за рентгенографические исследования, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Амбулаторные диагностические обследования, терапевтические услуги и материалы — продолжение	
• Лучевая (радиевая и изотопная) терапия, включая услуги лаборанта, оборудование и расходные материалы	Доплата $0 за процедуры лучевой терапии, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Хирургические принадлежности, такие как перевязочные средства • Шины, иммобилизующие аппараты и другие устройства для лечения переломов и вывихов	Доплата $0 за покрываемые программой Medicare медицинские принадлежности, включая шины и иммобилизующие аппараты. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Лабораторные анализы	Доплата $0 за каждую лабораторную услугу, покрываемую программой Medicare. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Кровь, включая хранение и переливание. Покрытие услуг по переливанию цельной крови и эритроцитов начинается только с первой пинты крови, перелитой вам. Все остальные компоненты крови покрываются, начиная с первой перелитой пинты.	Доплата $0 за услуги переливания крови, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Амбулаторные диагностические обследования, терапевтические услуги и материалы — продолжение	
• Диагностические обследования вне лаборатории, такие как КТ-сканирование, МРТ, ЭКГ и ПЭТ-сканирование, если их назначает ваш врач или иной поставщик медицинских услуг в целях лечения медицинской проблемы	Доплата $0 за услуги лучевой диагностики, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Прочие амбулаторные диагностические обследования	Доплата в размере $0 за покрываемые программой Medicare диагностические процедуры и обследования. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
Амбулаторное наблюдение в больнице Услуги наблюдения — это услуги, предоставляемые в амбулаторном отделении больницы для определения необходимости вашей госпитализации или выписки. Услуги амбулаторного наблюдения в больнице покрываются только в том случае, если они отвечают критериям Medicare и признаны обоснованными и необходимыми. Услуги наблюдения покрываются только тогда, когда они назначены лечащим врачом или другим человеком, которому в соответствии с законодательством штата о лицензировании и правилами внутреннего распорядка для персонала больницы разрешено принимать пациентов, поступающих в больницу, или назначать проведение амбулаторных исследований. **Примечание.** Если поставщик не предоставил письменное распоряжение о помещении вас в больницу в качестве стационарного пациента, вы являетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете расходы на услуги амбулаторного отделения больницы. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, являетесь ли вы амбулаторным пациентом, обратитесь к персоналу больницы.	Доплата $0 за каждый визит наблюдения, покрываемый программой Medicare. *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Амбулаторное наблюдение в больнице — продолжение Получите дополнительную информацию из информационного бюллетеня программы Medicare по *больничным услугам по программе Medicare*, доступном по адресу Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf или по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.	
Услуги амбулаторного отделения больницы Мы покрываем услуги, которые вы получаете в амбулаторном отделении больницы по медицинским показаниям для диагностики или лечения заболевания или травмы. К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее: • Услуги, предоставляемые в отделении неотложной помощи или амбулаторной клинике, например, услуги наблюдения, амбулаторная хирургия • Лабораторные анализы и диагностические тесты, за которые больницей выставлен счет • Услуги в сфере психического здоровья, включая обслуживание по программе частичной госпитализации, если врач подтверждает, что при отсутствии такого лечения пациенту потребовалась бы госпитализация • Рентгенография и лучевая диагностика, за которые больницей выставлен счет • Медицинские принадлежности, в частности, шины и иммобилизующие аппараты • Определенные лекарства и биологические препараты, которые вы не можете принимать самостоятельно **Примечание.** Если поставщик не предоставил письменное распоряжение о помещении вас в больницу в качестве стационарного пациента, вы являетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете расходы на услуги амбулаторного отделения больницы. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, являетесь ли вы амбулаторным пациентом, обратитесь к персоналу больницы.	Вы оплачиваете соответствующие суммы участия в расходах, указанные в данной таблице страхового покрытия для конкретной услуги.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Амбулаторные услуги в сфере психического здоровья Покрываемые услуги: Услуги психиатрического лечения, предоставляемые имеющим лицензию штата психиатром или врачом, клиническим психологом, клиническим социальным работником (CSW), клинической медсестрой-специалистом (CNS), лицензированным консультантом-специалистом (LPC), лицензированным психотерапевтом в области брака и семейных отношений (LMFT), квалифицированной медсестрой (NP), помощником врача (PA) или другим специалистом в сфере охраны психического здоровья, квалифицированным Medicare, если это разрешено соответствующим законодательством штата.	
• Услуги, предоставляемые психиатром	Доплата $0 за каждый покрываемый программой Medicare индивидуальный сеанс психотерапии с участием психиатра. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
	Доплата $0 за каждый покрываемый программой Medicare групповой сеанс психотерапии с участием психиатра. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Амбулаторные услуги в сфере психического здоровья — продолжение • Услуги, предоставляемые другими поставщиками услуг в сфере психического здоровья	Доплата $0 за каждый покрываемый программой Medicare индивидуальный сеанс психотерапии с участием других поставщиков услуг в сфере психического здоровья. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.* Доплата $0 за каждый покрываемый программой Medicare групповой сеанс психотерапии с участием других поставщиков услуг в сфере психического здоровья. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
Амбулаторные услуги по реабилитации Покрываемые услуги включают физиотерапию, трудовую терапию и логопедическую терапию. Амбулаторные услуги по реабилитации предоставляются в различных амбулаторных учреждениях, таких как амбулаторные отделения больниц, независимые терапевтические кабинеты и центры комплексной амбулаторной реабилитации (CORF).	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Амбулаторные услуги по реабилитации — продолжение	
• Услуги, предоставляемые физиотерапевтом	Доплата $0 за каждый сеанс физиотерапии, покрываемый программой Medicare. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Услуги, предоставляемые специалистом по трудовой терапии	Доплата $0 за каждый сеанс трудовой терапии, покрываемый программой Medicare. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Услуги, предоставляемые логопедом	Доплата $0 за каждый сеанс логопедической терапии, покрываемый программой Medicare. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
Амбулаторные услуги при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ Покрываемые услуги: Услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, такие как индивидуальные и групповые сеансы терапии, предоставляемые врачом, клиническим психологом, клиническим социальным работником, клинической медсестрой-специалистом, квалифицированной медсестрой, помощником врача или другим специалистом или программой в сфере охраны психического здоровья, имеющими право на участие в программе Medicare, если это разрешено соответствующим законодательством штата.	Доплата $0 за каждый сеанс индивидуальной терапии, покрываемый программой Medicare. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.* Доплата $0 за каждый сеанс групповой терапии, покрываемый программой Medicare.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Амбулаторные хирургические услуги, включая услуги амбулаторных отделений больниц и амбулаторных хирургических центров	
Примечание. Если вы подвергаетесь хирургическому вмешательству в больнице, вы должны уточнить у своего поставщика услуг, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом. Пока поставщик услуг не выдал письменное распоряжение о принятии вас в больницу в качестве стационарного пациента, вы являетесь амбулаторным пациентом и платите суммы участия в расходах за амбулаторную хирургию. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом.	*Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Услуги, предоставляемые в амбулаторном отделении больницы	Доплата $0 за каждое покрываемое программой Medicare посещение амбулаторного отделения больницы. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Услуги, предоставляемые в амбулаторном хирургическом центре	Доплата $0 за каждое покрываемое программой Medicare посещение амбулаторного хирургического центра. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги частичной госпитализации и услуги интенсивного амбулаторного лечения *Частичная госпитализация* — это структурированная программа активного психиатрического лечения, предоставляемого как услуга амбулаторного отделения больницы или общественного центра лечения психических расстройств; 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, и выступает альтернативой госпитализации в стационар. *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.	Доплата $0 в сутки за каждую покрываемую программой Medicare услугу частичной госпитализации. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.* Доплата в размере $0 в сутки за каждую покрываемую программой Medicare услугу интенсивного амбулаторного лечения. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
Услуги лечащего врача/врача-терапевта, включая приемы у врача Покрываемые услуги: • Медицинская помощь или хирургические услуги, предоставляемые в кабинете врача поставщиком первичного медицинского обслуживания • Медицинская помощь или хирургические услуги, предоставляемые по медицинским показаниям в сертифицированном амбулаторном хирургическом центре, амбулаторном отделении больницы или в любом другом месте	Доплата $0 за каждый прием у PCP, покрываемый программой Medicare. Сведения о применяемых суммах участия в расходах при посещении амбулаторного хирургического центра или амбулаторного отделения больницы см. в разделе «Амбулаторная хирургия» ранее в настоящей таблице.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги лечащего врача/врача-терапевта, включая приемы у врача — продолжение	
• Консультации, диагностика и лечение у специалиста	Доплата $0 за каждый прием у специалиста, покрываемый программой Medicare. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Другие медицинские специалисты	Доплата $0 за каждый прием у других медицинских специалистов. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Базовые проверки слуха и равновесия, выполняемые вашим *PCP или специалистом*, если ваш врач назначает их с целью определить, нуждаетесь ли вы в медицинской помощи	Доплата $0 за сурдологические услуги, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Определенные услуги телемедицины, в том числе услуги неотложной медицинской помощи, услуги по уходу на дому, услуги поставщика первичного медицинского обслуживания, трудовая терапия, услуги специалиста, индивидуальная 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.	Доплата в размере $0 за услуги виртуального визита, предоставляемые поставщиком(-ами) услуг виртуального визита вашего плана.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги лечащего врача/врача-терапевта, включая приемы у врача — продолжение ○ Эти услуги можно получить при личном посещении или посредством телемедицины. Если вы решите получить их посредством телемедицины, вы должны обратиться к сетевому поставщику услуг телемедицины. ○ Виртуальный визит (или консультация с помощью средств телемедицины или 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. ○ Наш план предусматривает круглосуточный доступ без выходных к виртуальным визитам у сертифицированных врачей через поставщиков услуг виртуальных визитов, сотрудничающих с нашим планом, 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. Для получения дополнительной информации или поиска поставщика услуг виртуальных визитов, сотрудничающего с нашим планом, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана.	**Обратите внимание!** Вышеуказанная доплата в размере $0 применяется только в том случае, если услуги получены от поставщика(-ов) услуг виртуального визита вашего плана. Если вы получаете очное или телемедицинское обслуживание от сетевого поставщика услуг, а не от поставщика(-ов) виртуальных визитов, вы будете оплачивать долю участия в расходах, указанную для этих поставщиков, как указано в настоящей таблице страхового покрытия (например, если вы получаете телемедицинские услуги от своего PCP, вы будете оплачивать соответствующую долю участия в расходах за услуги PCP). *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги лечащего врача/врача-терапевта, включая приемы у врача — продолжение	
• Ряд услуг телемедицины, включая консультацию, диагностику и лечение у лечащего врача или квалифицированного специалиста, для пациентов, проживающих в определенных сельских местностях или в других регионах, утвержденных программой Medicare • Услуги телемедицины для ежемесячных приемов в связи с терминальной стадией почечной недостаточности у пациентов, получающих диализ на дому; предоставляются в больничном центре гемодиализа, больничном центре гемодиализа с неограниченным доступом, учреждении гемодиализа или на дому у участника программы страхования • Услуги телемедицины для диагностики, оценки или лечения симптомов инсульта независимо от вашего местоположения	Вы оплачиваете долю участия в расходах, применимую к данному поставщику (как описано выше в разделе «Услуги лечащего врача/ врача-терапевта, включая приемы у врача» выше).
• Услуги телемедицины для участников программы страхования с алкогольной или наркотической зависимостью или сопутствующим психическим расстройством независимо от местоположения участника • Услуги телемедицины для диагностики, оценки и лечения психических расстройств • Услуги телемедицины для приемов по вопросам психического здоровья, предоставляемые сельскими клиниками и федеральными медицинскими центрами • 5–10-минутные виртуальные консультации с вашим врачом (например, по телефону или по видеосвязи) **при соблюдении следующих условий**: ○ Вы не новый пациент; **и** ○ Консультация не имеет отношения к посещению врача за последние 7 дней; **и**	Вы оплачиваете долю участия в расходах, применимую к данному поставщику (как описано выше в разделе «Услуги лечащего врача/ врача-терапевта, включая приемы у врача» выше).

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги лечащего врача/врача-терапевта, включая приемы у врача — продолжение ○ В результате консультации не назначается посещение врача в течение следующих суток или как можно быстрее.	
• Оценка видеозаписи и/или изображений, отправленных вами вашему врачу, расшифровка и вынесение назначения врачом в течение суток **при соблюдении следующих условий**: ○ Вы не новый пациент; **и** ○ Оценка не имеет отношения к посещению врача за последние 7 дней; **и** ○ В результате оценки не назначается посещение врача в течение следующих суток или как можно быстрее.	Вы оплачиваете долю участия в расходах, применимую к данному поставщику (как описано выше в разделе «Услуги лечащего врача/ врача-терапевта, включая приемы у врача» выше).
• Проведение вашим врачом консилиума с другими лечащими врачами по телефону, через Интернет или путем оценки электронной истории болезни	Вы оплачиваете долю участия в расходах, применимую к данному поставщику (как описано выше в разделе «Услуги лечащего врача/ врача-терапевта, включая приемы у врача» выше).
• Независимое заключение другого сетевого поставщика услуг перед проведением хирургического вмешательства	Вы оплачиваете долю участия в расходах, применимую к данному поставщику (как описано выше в разделе «Услуги лечащего врача/ врача-терапевта, включая приемы у врача» выше).

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги лечащего врача/врача-терапевта, включая приемы у врача — продолжение	В дополнение к вышеуказанной информации об участии в расходах взимается доплата и/или дополнительный взнос за необходимые по медицинским показаниям услуги, покрываемые Medicare, в отношении медицинского оборудования длительного пользования и принадлежностей, протезов и принадлежностей, амбулаторных диагностических исследований и терапевтических услуг, очков и контактных линз после операции по удалению катаракты, рецептурных препаратов по программе Часть D и рецептурных препаратов по программе Medicare Part B, как описано в данной Таблице страхового покрытия.
Услуги подиатра Покрываемые услуги: • Диагностика и медицинское или хирургическое лечение травм и заболеваний стоп (например, молоткообразный палец стопы или пяточные шпоры) • Плановый уход за стопами для участников программы страхования с определенными заболеваниями, влияющими на нижние конечности	Доплата $0 за услуги подиатра, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Доконтактная профилактика (PrEP) ВИЧ Если вы не инфицированы ВИЧ, но ваш врач или иной медицинский специалист считают, что у вас имеется повышенный риск заражения ВИЧ, мы будем покрывать препараты доконтактной профилактики (PrEP) и соответствующие услуги. Покрываемые услуги в случае вашего соответствия критериям: • Утвержденные FDA пероральные или инъекционные препараты для доконтактной профилактики ВИЧ, включая плату за инъекционное введение препарата, если применимо • До 8 индивидуальных консультаций (включая оценку риска заражения ВИЧ, обсуждение шагов по снижению риска заражения ВИЧ и проверку соблюдения режима приема лекарств) каждые 12 месяцев • До 8 скринингов на ВИЧ каждые 12 месяцев • Однократный скрининг на вирус гепатита B	Для услуги PrEP не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Скрининги рака предстательной железы Для мужчин в возрасте 50 лет и старше покрываемые услуги включают следующее (один раз в 12 месяцев): • Пальцевое ректальное исследование	Доплата $0 за ежегодное пальцевое ректальное исследование, покрываемое программой Medicare. *Может требоваться направление.*
• Анализ на простатический специфический антиген (PSA)	Для ежегодного анализа на PSA не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

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

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Скрининг рака легких методом низкодозной компьютерной томографии (LDCT) Для лиц, отвечающих требованиям, LDCT покрывается каждые 12 месяцев. **К участникам, отвечающим требованиям, относятся** лица в возрасте 50–77 лет, без признаков или симптомов рака легких, но имеющие в анамнезе не менее 20 условных лет курения, которые курят в настоящее время или бросили курить в течение последних 15 лет и получили направление на LDCT во время приема с целью консультации по вопросам скрининга рака легких и принятия совместного решения; при этом прием должен отвечать критериям Medicare, а письменное направление может быть выдано лечащим врачом или квалифицированным специалистом другого профиля. *Для скринингов рака легких методом LDCT после первичного скрининга таким методом:* участники программы страхования должны получить направление на скрининг рака легких методом LDCT, которое может быть выдано лечащим врачом или квалифицированным специалистом другого профиля во время любого соответствующего приема. Если лечащий врач или квалифицированный специалист другого профиля решает провести прием с целью консультации по вопросам скрининга рака легких и принятия совместного решения для последующих скринингов рака легких методом LDCT, данный прием должен отвечать критериям Medicare.	Для покрываемого Medicare приема с целью консультации и совместного принятия решения, а также для LDCT не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
Скрининг на вирус гепатита С Мы покрываем однократный скрининг на вирус гепатита С, если его назначает ваш поставщик первичного медицинского обслуживания или иной квалифицированный поставщик медицинских услуг, при этом вы соответствуете одному из следующих условий: • Вы находитесь в группе высокого риска по причине приема инъекционных наркотиков, в том числе в прошлом.	Для скринингового обследования на выявление вируса гепатита С, покрываемого по программе Medicare, не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Скрининг на вирус гепатита С — продолжение • Вам проводилось переливание крови до 1992 года. • Вы родились в период с 1945 по 1965 год. Если вы родились в период с 1945 по 1965 год и при этом не относитесь к группе высокого риска, мы покроем скрининг однократно. Если вы находитесь в группе высокого риска (например, вы продолжили принимать инъекционные наркотики после предыдущего скрининга на вирус гепатита С с отрицательным результатом), мы будем покрывать скрининги ежегодно.	
Скрининг инфекций, передающихся половым путем (ИППП), и консультирование о мерах профилактики ИППП Мы покрываем скрининги на наличие инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), таких как хламидиоз, гонорея, сифилис и гепатит В. Эти скрининги покрываются для беременных женщин и определенных категорий пациентов с повышенным риском ИППП при наличии направления на анализы от поставщика первичного медицинского обслуживания. Мы покрываем такие анализы однократно каждые 12 месяцев и на определенных сроках беременности. Мы также покрываем до 2 индивидуальных высокоинтенсивных сеансов консультирования в сфере психического здоровья длительностью от 20 до 30 минут ежегодно для сексуально активных совершеннолетних, относящихся к группе высокого риска заражения ИППП. Мы покрываем указанные сеансы консультирования в качестве профилактической услуги только в том случае, если они предоставляются поставщиком первичного медицинского обслуживания в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи, например, в кабинете врача.	Для покрываемой Medicare услуги скрининга ИППП и консультирования о мерах профилактики ИППП не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги по лечению заболеваний почек Услуги по лечению заболеваний почек и проведению диализа включают следующее:	
• Консультационные услуги при заболеваниях почек для обучения уходу за почками и помощи участникам программы страхования в принятии информированных решений по поводу ухода. Для участников программы страхования с IV стадией хронической почечной недостаточности при наличии направления от их врача мы покрываем не более 6 сеансов консультаций по уходу за почками за все время участия в программе	Доплата $0 за услуги консультирования при заболеваниях почек, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться направление.*
• Амбулаторные процедуры диализа (включая процедуры диализа при временном нахождении вне зоны обслуживания, как объяснено в главе 3, или когда ваш поставщик услуг диализа временно недоступен)	Доплата $0 за амбулаторные процедуры диализа, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться направление.*
• Стационарные процедуры диализа (если вы поступаете в стационар для специализированного лечения)	Сведения об участии в расходах, применимом к стационарным процедурам диализа, см. в разделе «Стационарное лечение в больнице».
• Обучение самостоятельному проведению диализа (включая обучение вас и лица, оказывающего помощь в проведении процедуры диализа на дому)	Доплата $0 за обучение самостоятельному проведению диализа, покрываемое программой Medicare. *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги по лечению заболеваний почек — продолжение	
• Оборудование и принадлежности для проведения диализа на дому	Доплата $0 за оборудование для проведения диализа на дому, покрываемое программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.* Доплата $0 за принадлежности для проведения диализа, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Определенные услуги по оказанию поддержки на дому (в частности, посещения обученных диализу специалистов по мере необходимости для контроля проведения диализа на дому, для помощи в неотложных ситуациях и для проверки оборудования для проведения диализа и подачи воды)	Доплата $0 за услуги поддержки на дому, покрываемые программой Medicare. *Может требоваться направление.*
Некоторые лекарственные препараты для диализа покрываются по программе Medicare Part B. Информацию о покрытии лекарственных препаратов по программе Часть B см. в этой таблице в пункте **Лекарства по программе Medicare Part B**.	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF) (Определение понятия «обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода» см. в главе 12. Учреждения квалифицированного сестринского ухода иногда называются «SNF»). Вам предоставляется покрытие в объеме 100 дней за каждое пребывание. Предварительная госпитализация не требуется. К покрываемым услугам относится, в том числе, следующее: • Пребывание в двухместной палате (или одноместной палате, если это необходимо по медицинским показаниям) • Питание, включая особые диеты • Услуги квалифицированного сестринского ухода • Физиотерапия, трудовая терапия и логопедическая терапия • Лекарственные препараты, которые вы получаете как часть нашего плана обслуживания (сюда относятся вещества, в норме присутствующие в организме, например, факторы свертывания крови) • Кровь, включая хранение и переливание. Покрытие услуг по переливанию цельной крови и эритроцитов начинается только с первой пинты крови, перелитой вам. Все остальные компоненты крови покрываются, начиная с первой перелитой пинты. • Медицинские и хирургические принадлежности, обычно предоставляемые SNF • Лабораторные анализы, обычно предоставляемые SNF • Рентгенография и лучевая диагностика, обычно предоставляемые SNF • Использование оборудования, например, инвалидных колясок, обычно предоставляемого SNF • Услуги врача/квалифицированного специалиста	При покрываемом программой Medicare пребывании в учреждении за каждое пребывание: Доплата $0 за каждое пребывание в учреждении квалифицированного сестринского ухода, покрываемое программой Medicare. Вы оплачиваете все расходы за каждый день после 100-го дня. *Может требоваться направление.* *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF) — продолжение Как правило, вы получаете услуги, предоставляемые SNF, в сетевых учреждениях. В некоторых случаях, которые перечислены ниже, ваша доля участия в расходах может оставаться в рамках сети даже при обслуживании у внесетевого поставщика услуг, если поставщик согласится с размером оплаты, предусмотренным нашим планом. • Центр сестринского ухода или поселение для пенсионеров с постоянным уходом, где вы жили до того, как поступили в больницу (если там предоставляются услуги квалифицированного сестринского ухода) • SNF, в котором живет ваш супруг/ваша супруга или ваш гражданский партнер в то время, когда вы выписываетесь из больницы	
Отказ от курения и употребления табака (консультирование с целью отказа от курения или употребления табака) Консультации по вопросам отказа от курения и употребления табака покрываются для амбулаторных и госпитализированных пациентов, которые соответствуют следующим критериям: • Употребляют табак, независимо от того, проявляются ли у них признаки или симптомы заболеваний, связанных с употреблением табака • Дееспособны и находятся в ясном сознании во время консультации • Получают консультацию у квалифицированного врача или другого медицинского специалиста, чья квалификация признана программой Medicare Мы покрываем 2 попытки отказа в год (каждая попытка может включать не более 4 промежуточных или интенсивных консультаций, при этом пациент получает до 8 консультаций в год.)	Для покрываемых Medicare профилактических услуг отказа от курения и употребления табака не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Платформа социальной поддержки Наш план страхования предоставляет доступ к онлайн-платформе социальной поддержки, направленной на поддержание вашего общего самочувствия. Платформа предусматривает терапевтические мероприятия, взаимодействие с сообществом и спонсируемые планом ресурсы, помогающие справиться со стрессом и тревожностью. Платформа упрощает взаимодействие и стимулирует вовлеченность, помогая вам удовлетворить потребности в сфере психического здоровья. Платформа доступна онлайн круглосуточно и без выходных, поэтому вы можете использовать ее в любой момент, когда захотите. Платформа социальной поддержки предусматривает: • Специализированные программы поддержания здоровья: получите доступ к специализированным 4-недельным программам для самостоятельного выполнения, предназначенным для улучшения физического и эмоционального состояния, которые включают рекомендации экспертов по здоровому старению, направленные на поддержание здоровья участников. Выполняйте программы в удобном для вас темпе и отслеживайте свой прогресс в улучшении состояния вашего здоровья. • Поддержка участников и экспертов: вступите в онлайн-сообщество с модерацией, где вы сможете общаться с другими участниками и квалифицированными экспертами в области здоровья. Получите доступ к статьям с проверенными клиническими данными и индивидуальные рекомендации по дополнительным услугам Wellcare согласно вашим потребностям и активности на платформе. • Персонализированные инструменты цифрового здравоохранения: участвуйте в интерактивных мероприятиях, медитациях и играх, основанных на когнитивно-поведенческой терапии, осознанности и позитивной психологии. Эти инструменты охватывают разнообразные темы: здоровое старение, как справиться с одиночеством, уход за близкими, как справиться с горем, как найти смысл жизни в старости и многое другое. Участники могут попасть на платформу через портал для участников по адресу go.wellcare.com/member или позвонив в отдел обслуживания участников плана. После регистрации вы можете в любое время непосредственно перейти на платформу с компьютера, планшета или смартфона.	Доплата $0 за платформу социальной поддержки*.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Особые дополнительные услуги для хронически больных Если вы имеете право на особые дополнительные услуги для хронических больных (SSBCI), наш план страхования предлагает дополнительные услуги. Вы должны соответствовать определенным критериям, в том числе иметь текущий задокументированный диагноз, подтверждающий наличие хотя бы одного из заболеваний, дающих право на дополнительные услуги. Заболевание должно угрожать вашей жизни или значительно ограничивать ваше здоровье или работоспособность. Кроме того, у вас должен быть высокий риск госпитализации или других негативных последствий для здоровья, а также вам необходима координация интенсивного медицинского обслуживания. Хронические заболевания, дающие право на дополнительные услуги: Аутоиммунные расстройства; рак; сердечно-сосудистые заболевания; хроническая алкогольная зависимость и иные расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (SUD); хронические и ведущие к инвалидности психические расстройства; хронические заболевания, нарушающие зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние; хронические заболевания желудочно-кишечного тракта; хроническая сердечная недостаточность; хроническая почечная недостаточность (CKD); хронические заболевания легких; заболевания, ведущие к когнитивным нарушениям; заболевания, требующие непрерывной терапии с целью поддержания или восстановления функциональности; заболевания, снижающие функционирование органов; деменция; сахарный диабет; ВИЧ/СПИД; иммунодефицит и иммуносупрессивные расстройства; неврологические расстройства; избыточный вес, ожирение и метаболический синдром; период после трансплантации органа; серьезные гематологические нарушения; инсульт. Подробнее о критериях соответствия см. в разделе 2 главы 4. Соответствие критериям для получения описанных ниже покрываемых услуг определяется после вступления в наш план страхования.	Для особых дополнительных услуг для хронически больных не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Особые дополнительные услуги для хронически больных — продолжение **Если вы соответствуете критериям, вы можете использовать денежную компенсацию Wellcare Spendables® для получения следующих дополнительных покрываемых услуг. Та же денежная компенсация применяется и к вашим покрываемым услугам в отношении безрецептурных товаров (OTC) в рамках программы Wellcare Spendables®. После подтверждения соответствия критериям эти расширенные покрываемые услуги станут доступны вам в течение 7–10 рабочих дней. Неиспользованная сумма денежной компенсации переносится на следующий месяц и сгорает в конце страхового года. Подробнее см. в разделе данной таблицы, посвященном льготе Wellcare Spendables®.** • **Оплата бензина у бензоколонки** Вы можете использовать свою карту для оплаты бензина прямо у бензоколонки на автозаправках, участвующих в программе плана. Карту нельзя использовать для оплаты лично на кассе. Карту можно использовать для заправки автомобиля бензином только до определенной разрешенной суммы. Зарядка электромобилей (EV) также может быть покрываться в учреждениях, участвующих в программе, где принимается оплата картой. • **Здоровое питание** Вы можете использовать свою карту для покупки продуктов, обеспечивающих здоровое питание, в розничных магазинах, участвующих в программе. Может быть доступна доставка утвержденных программой продуктов питания. Готовые блюда и наборы продуктов могут быть доступны для заказа через онлайн-портал для участников. Карту нельзя использовать для приобретения табачных изделий или алкоголя. Утверждены следующие товары: ○ Фрукты и овощи ○ Цельнозерновые и бакалейные продукты, такие как мука, специи и ингредиенты с длительным сроком хранения ○ Молочные продукты и их альтернативы: молоко, йогурт, сыр	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Особые дополнительные услуги для хронически больных — продолжение ○ Источники белка, такие как мясо, птица, морепродукты, яйца, бобы, бобовые, орехи и семена ○ Питательные коктейли и батончики Используйте сканер штрихкодов в приложении, чтобы найти одобренные товары в розничных точках, или войдите на портал для участников. • **Средства личной гигиены** Вы можете использовать свою карту для покупки средств личной гигиены и бытовых товаров первой необходимости в розничных магазинах, участвующих в программе. Может быть доступна доставка утвержденных программой товаров. Утверждены следующие товары: ○ Мыло, шампунь и кондиционер ○ Туалетная бумага и бумажные полотенца ○ Предметы личной гигиены, такие как дезодорант, средство для умывания лица и гель для душа ○ Моющие средства и товары для борьбы с инфекциями, такие как дезинфицирующие салфетки и многофункциональные чистящие спреи Используйте сканер штрихкодов в приложении, чтобы найти одобренные товары в розничных точках, или войдите на портал для участников. • **Борьба с вредителями** Вы можете использовать свою карту для покупки товаров для борьбы с вредителями, предназначенных для использования в доме и в его окрестностях, в розничных магазинах, участвующих в программе. Может быть доступна доставка утвержденных программой товаров.	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Особые дополнительные услуги для хронически больных — продолжение Список товаров, утвержденных в рамках покрываемых услуг: ○ Инсектицидные спреи и репелленты ○ Средства для борьбы с муравьями, тараканами и грызунами ○ Ловушки для насекомых и приманки ○ Средства для борьбы с комарами Используйте сканер штрихкодов в приложении, чтобы найти одобренные товары в розничных точках, или войдите на портал для участников. • **Помощь с оплатой аренды** Вы можете использовать свою карту как вспомогательное средство для покрытия аренды вашего дома. Для произведения оплаты войдите в свою учетную запись на портале поставщика услуг аренды/ипотеки либо заплатите непосредственно поставщику услуг аренды там, где принимается оплата картой. Карту можно использовать только до определенной разрешенной суммы. Карту нельзя использовать для настройки автоматических повторных платежей. • **Роботизированный питомец-компаньон** Вы можете заказать роботизированного питомца-компаньона на портале для участников. В числе доступных вариантов компаньона могут быть кошка , собака или птица. Эти питомцы созданы для того, чтобы дарить комфорт и дружеское общение, способствуя улучшению общего состояния здоровья. Карту можно использовать только до определенной разрешенной суммы. Войдите на портал для участников или свяжитесь с нами, чтобы получить дополнительную информацию о том, как сделать заказ и какие варианты доступны.	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Особые дополнительные услуги для хронически больных — продолжение • **Помощь с оплатой коммунальных услуг** Вы можете использовать свою карту как вспомогательное средство для оплаты коммунальных услуг в вашем доме. Войдите непосредственно в свою учетную запись на портале поставщика коммунальных услуг и произведите оплату картой. Карту нельзя использовать для настройки автоматических повторных платежей. Карту можно использовать только до определенной разрешенной суммы. Список статей расходов, утвержденных в рамках льготы: ○ Электричество, газоснабжение, канализация/ утилизация твердых отходов и водоснабжение ○ Услуги проводной и сотовой телефонной связи ○ Доступ к сети Интернет ○ Услуги кабельного телевидения (за исключением онлайн-кинотеатров) ○ Определенные расходы на бензин, например в качестве печного топлива Преимущество не распространяется на онлайн-развлекательные услуги, включая игры, стриминговые сервисы (такие как музыкальные и книжные платформы), а также другие услуги, предоставляемые по подписке.	
Лечебная физкультура под надзором специалиста (SET) Услуги SET оплачиваются для участников плана с симптоматическим заболеванием периферических артерий (PAD), у которых есть направление в связи с PAD от врача, занимающегося лечением PAD. Покрывается не более 36 сеансов в течение 12 недель, если соблюдены требования программы SET.	Доплата $0 за каждый сеанс лечебной физкультуры под надзором специалиста, покрываемый программой Medicare. *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Лечебная физкультура под надзором специалиста (SET) — продолжение Программа SET должна соответствовать следующим критериям: • Состоять из занятий продолжительностью 30–60 минут, включающих программу физических упражнений для лечения PAD у пациентов с динамическим нарушением кровообращения • Проводиться в амбулаторном отделении больницы или в кабинете врача • Проводиться квалифицированным вспомогательным персоналом, следящим за тем, чтобы польза превышала возможный вред, и обученным проведению лечебной физкультуры при PAD • Проводиться под непосредственным наблюдением врача, помощника врача (PA) или квалифицированной медсестры (NP) / клинической медсестры-специалиста (CNS), которые прошли обучение базовым и специальным приемам реанимации Программа SET может покрываться сверх 36 занятий в течение 12 недель и продлеваться еще на 36 занятий в течение дополнительного периода времени, если поставщик услуг сочтет это необходимым по медицинским показаниям.	
Услуги неотложной медицинской помощи Покрываемая планом услуга, требующая немедленной медицинской помощи, которая не является экстренной, — это услуга неотложной медицинской помощи, если либо вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана, либо, даже если вы находитесь в зоне обслуживания нашего плана, получение этой услуги у сетевых поставщиков нецелесообразно с учетом вашего времени, места и обстоятельств. Наш план должен покрывать услуги неотложной медицинской помощи и взимать с вас только долю расходов на услуги в рамках сети. Примерами услуг неотложной медицинской помощи служат непредвиденные заболевания и травмы или внезапные обострения существующих заболеваний. Необходимые по медицинским показаниям плановые приемы у поставщика услуг (например, ежегодные медосмотры) не считаются услугами неотложной медицинской помощи, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или сеть поставщиков услуг в рамках нашего плана временно вам недоступна.	Доплата $0 за посещения для получения неотложной медицинской помощи, покрываемые программой Medicare.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги неотложной медицинской помощи — продолжение Покрываются услуги неотложной медицинской помощи за пределами США.	Доплата $115 за услуги неотложной медицинской помощи, получаемые за пределами США*. Вы оплачиваете эту сумму, даже если вас госпитализируют в больницу по поводу того же состояния. Для вас предусмотрено страховое покрытие на сумму до $50,000 ежегодно в случае получения неотложной или экстренной медицинской помощи за пределами США.
Офтальмологические услуги Покрываемые услуги: • Амбулаторные услуги лечащего врача по диагностике и лечению заболеваний и травм глаза, включая лечение возрастной дегенерации желтого пятна. Original Medicare не покрывает плановые проверки зрения (рефрактометрия глаз) для подбора очков/контактных линз	Доплата $0 за все прочие проверки зрения для диагностики и лечения заболеваний глаз. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Для лиц с повышенным риском развития глаукомы мы покрываем одно скрининговое обследование на выявление глаукомы ежегодно. К лицам с повышенным риском развития глаукомы относятся лица с глаукомой в семейном анамнезе, больные сахарным диабетом, афроамериканцы в возрасте 50 лет и старше и латиноамериканцы в возрасте 65 лет и старше	Доплата $0 за скрининг глаукомы, покрываемый программой Medicare. *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Офтальмологические услуги — продолжение	
• Для больных сахарным диабетом покрывается один скрининг диабетической ретинопатии в год	Доплата в размере $0 за покрываемое программой Medicare обследование сетчатки для участников с сахарным диабетом или обследование глаз при сахарном диабете. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Одна пара очков или контактных линз после каждой операции по поводу катаракты, которая включает введение интраокулярных линз. Если у вас было 2 отдельные операции по удалению катаракты, вы не можете сохранить страховое покрытие после первой операции и приобрести 2 пары очков после второй операции	Доплата $0 за оптику, покрываемую программой Medicare.
Кроме того, наш план покрывает следующие дополнительные (т. е. плановые) офтальмологические услуги:	
• Плановая проверка зрения 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.	Доплата $0 за 1 плановую проверку зрения ежегодно*. *Может требоваться предварительное разрешение.*
• Подбор очков Не более 1 посещения(-ий) в год. Посещение с целью подбора очков не является плановой проверкой зрения. Услуги включают подбор очков (контактных линз, оправ / линз для очков).	Доплата $0 за 1 посещение для подбора оптики ежегодно*. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Офтальмологические услуги — продолжение • Оптика Неограниченное количество пар оптики по рецепту ежегодно на максимальную сумму $100 в год. К покрываемым средствам коррекции зрения относится следующее: ○ Очки (оправа и линзы), или ○ Только линзы для очков, или ○ Только оправы для очков, или ○ Контактные линзы вместо очков, или ○ Обновление средств коррекции зрения **Примечание.** Стоимость подбора контактных линз покрывается планом. 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). Вы несете ответственность за любые расходы на дополнительные (плановые) средства коррекции зрения сверх максимальной покрываемой суммы*. 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. 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.	Доплата $0 за оптику*. *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Профилактический прием «Добро пожаловать в Medicare» Наш план покрывает один профилактический прием *«Добро пожаловать в Medicare»*. Прием включает проверку состояния вашего здоровья, а также обучение и консультации на тему профилактических услуг, в которых вы нуждаетесь (включая определенные скрининги и прививки (или вакцины)), а также при необходимости направления на получение других медицинских услуг. **Важно!** Мы покрываем профилактический прием *«Добро пожаловать в Medicare»* только в течение первых 12 месяцев после вашей регистрации в программе Medicare Part B. Когда вы записываетесь на прием, сообщите своему врачу, что хотите назначить профилактический прием *«Добро пожаловать в Medicare»*.	Для профилактического приема *Добро пожаловать в Medicare* не предусмотрен дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.
• Покрываемая программой Medicare процедура ЭКГ после профилактического приема *Добро пожаловать в Medicare*.	Доплата $0 за каждую покрываемую программой Medicare процедуру ЭКГ после профилактического приема *Добро пожаловать в Medicare*. *Может требоваться направление.*
Wellcare Spendables® Вы будете получать общую денежную компенсацию в размере **$10 ежемесячно** в виде предварительных поступлений на вашу карту Wellcare Spendables®; эти средства можно тратить на товары OTC, а также, в случае соответствия критериям, на услуги SSBCI. • Неиспользованная сумма ежемесячной денежной компенсации **переносится на следующий месяц и сгорает в конце страхового года**.	Для карты Wellcare Spendables® не предусмотрены дополнительный взнос, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Wellcare Spendables® — продолжение **Карту можно использовать для оплаты следующих товаров и услуг:** **Безрецептурные (OTC) товары:** Вы можете использовать карту для покупки товаров без рецепта (OTC) в участвующих в программе магазинах, через мобильное приложение или после регистрации на портале для участников, позволяющем оформить доставку на дом. К покрываемым товарам OTC товарам относятся следующие: • Препараты для лечения аллергии, простуды, кашля, гриппа и синусита • Препараты для облегчения боли, улучшения пищеварения и нормализации сна • Витамины и пищевые добавки • Средства первой помощи и лекарства, отпускаемые без рецепта • Товары для общего ухода за полостью рта, глазами и ушами • Средства для лечения недержания, женские гигиенические принадлежности и товары для повседневного использования Используйте сканер штрихкодов в приложении, чтобы найти одобренные товары в розничных точках, либо войдите на портал для участников или изучите каталог. **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 на товары OTC, следует (по возможности) воспользоваться покрытием медицинских услуг, предусмотренным нашим планом. **Особые дополнительные услуги для хронических больных (SSBCI):** **Перечисленные ниже льготы относятся к услугам SSBCI. Не все участники соответствуют условиям для получения этих услуг. Для получения следующих предусмотренных планом страхования услуг вы должны отвечать определенным критериям.**	Минимальные требования для покупок в магазинах отсутствуют.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Wellcare Spendables® — продолжение **<u>Если вы соответствуете критериям, ежемесячную денежную компенсацию на карте можно также использовать для получения следующих льгот:</u>** • Оплата бензина у бензоколонки • Здоровое питание • Средства личной гигиены • Средства для борьбы с вредителями • Помощь с оплатой аренды • Роботизированный питомец-компаньон • Помощь с оплатой коммунальных услуг Дополнительные сведения о данных покрываемых услугах см. в разделе данной таблицы, посвященном особым дополнительным услугам для хронических больных (SSBCI). **<u>Правила пользования картой:</u>** 1. Активируйте карту перед использованием. 2. Посетите участвующий в программе розничный магазин, войдите на портал по указанной ниже ссылке или загрузите мобильное приложение Wellcare Spendables®. 3. Выберите одобренные для вас товары или услуги. 4. Находясь в магазине, на кассе оплатите покупку картой Wellcare Spendables®. В случае заказа онлайн или через мобильное приложение войдите в свою учетную запись, чтобы воспользоваться льготой. 5. Ваша карта не является кредитной, но может быть указана как «кредитная» при оформлении заказа. При появлении соответствующего запроса введите номер PIN, созданный вами при активации карты. **Дополнительная полезная информация:** • После исчерпания денежной компенсации вы несете ответственность за оплату оставшейся стоимости ваших покупок. • Товары, приобретенные в магазине, могут быть возвращены в соответствии с правилами возврата и обмена, действующими в розничном магазине. Товары, приобретенные онлайн, не подлежат возврату и обмену. Свяжитесь с нами, если товар поврежден или испорчен.	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Wellcare Spendables® — продолжение • В случае сбоев при использовании карты или технических неполадок позвоните нам по указанному ниже номеру. • Wellcare не несет ответственности за утерянные или украденные карты. • Карта Wellcare Spendables® предназначена только для вашего личного пользования; она не может быть продана или передана другим лицам и не имеет наличной стоимости. • В случае неуспешной оплаты для некоторых услуг может быть доступно возмещение. Свяжитесь с нами или подайте запрос на возмещение через портал для участников. Заявки на возмещение расходов должны подаваться в течение того года действия программы, в котором была приобретена соответствующая услуга или товар. Для подтверждения соответствующих покупок может потребоваться дополнительная информация. • Могут действовать ограничения и оговорки; покрываются только одобренные товары. **Для получения дополнительной информации о карте Wellcare Spendables® или запроса каталога позвоните по номеру** 1-800-431-9007, при использовании TTY набирайте 711. Часы работы: 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. **Вы также можете посетить веб-сайт по адресу:** go.wellcare.com/member.	

РАЗДЕЛ 3 Услуги, покрываемые вне плана

Некоторые услуги не покрываются планом Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP), но доступны по программе California Medi-Cal (Medicaid). Если у вас возникли вопросы о помощи, которую вы получаете по программе California Medi-Cal (Medicaid), обратитесь в программу

California Medi-Cal (Medicaid) по номеру 1-800-541-5555. При использовании TTY набирайте 1-800-430-7077. График работы: с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. PT.

Программа Medi-Cal Dental

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

Страховое покрытие стоматологических услуг предоставляется в рамках программы Medi-Cal Dental Fee-For-Service (FFS). Дополнительную информацию можно получить, обратившись в программу стоматологического обслуживания Medi-Cal 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.

РАЗДЕЛ 4 Услуги, которые не покрываются нашим планом (исключения)

Этот раздел посвящен исключенным услугам.

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

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

Услуги, не покрываемые программой Medicare	Покрытие предусмотрено только при определенных условиях
Иглотерапия	Доступна для людей с хронической болью в пояснице при определенных обстоятельствах

Услуги, не покрываемые программой Medicare	Покрытие предусмотрено только при определенных условиях
Косметическая хирургия или косметические процедуры	Покрытие предусмотрено только при случайной травме или для улучшения функционирования части тела, имеющей неправильную форму Предусмотрено покрытие на всех стадиях реконструкции молочной железы после мастэктомии, а также для другой молочной железы для придания им симметричности
Повседневный уход Повседневный уход — это персональный уход, который не предусматривает постоянного внимания со стороны квалифицированного медицинского или вспомогательного медицинского персонала, в частности, помощь в повседневных делах, например при принятии ванны или одевании	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Экспериментальные медицинские и хирургические процедуры, оборудование и лекарственные препараты К экспериментальным относятся процедуры и товары, которые, согласно определению Original Medicare, не являются общепринятыми в медицинском сообществе	Допускается покрытие по Original Medicare в рамках одобренного программой Medicare клинического исследования или по нашему плану (Дополнительную информацию о клинических исследованиях см. в разделе 5 главы 3.)
Суммы, взимаемые за уход вашими ближайшими родственниками или членами вашего домашнего хозяйства	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Сестринский уход в течение полного рабочего дня у вас на дому	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях

Услуги, не покрываемые программой Medicare	Покрытие предусмотрено только при определенных условиях
Доставка продуктов питания на дом	Подробную информацию см. в покрываемой услуге «Здоровое питание» в разделе SSBCI таблицы страхового покрытия
Медицинские услуги на дому	Medicare покрывает необходимый с медицинской точки зрения квалифицированный сестринский уход частично или с перерывами.
Услуги по ведению домашнего хозяйства подразумевают базовую помощь по дому, включая легкую работу по дому или приготовление несложной пищи.	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Услуги натуропата (с использованием природных или альтернативных методов лечения)	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Ортопедическая обувь или поддерживающие устройства для стопы	Обувь, которая является частью ортопедического аппарата и входит в его стоимость. Ортопедическая или лечебная обувь для лиц с диабетическим заболеванием стопы
Личные вещи в вашей палате в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода, например телефон или телевизор	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Одноместная больничная палата	Покрытие предусмотрено только при наличии медицинских показаний
Процедуры восстановления детородной функции после стерилизации и/или средства контрацепции, не требующие рецепта	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях

Услуги, не покрываемые программой Medicare	Покрытие предусмотрено только при определенных условиях
Плановая мануальная терапия	В покрытие входят манипуляции с позвоночником с целью исправления подвывихов
Плановое стоматологическое обслуживание, например: • **Чистка зубов (профилактика)** • **Фторирование зубов** • **Ортодонтические услуги** • **Эндодонтия** • **Пародонтология** • **Услуги по имплантации** • **Челюстно-лицевое протезирование**	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях См. сведения о покрываемом стоматологическом обслуживании в таблице страхового покрытия для планового стоматологического обслуживания, покрываемого вашим планом в рамках вашего пакета услуг
Плановый уход за стопами (подиатрия)	Предоставляется ограниченное покрытие в соответствии с рекомендациями Medicare (например, при сахарном диабете)
Плановое слухопротезирование или обследования для подбора слуховых аппаратов	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Услуги, которые не считаются обоснованными и необходимыми согласно стандартам Original Medicare	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Офтальмологические услуги: радиальная кератотомия, лазерная коррекция зрения методом LASIK и другие средства помощи слабовидящим	Покрытие не предусмотрено ни при каких условиях
Офтальмологические услуги: плановая проверка зрения, очки	См. сведения о покрываемых офтальмологических услугах в таблице страхового покрытия для плановых офтальмологических услуг, покрываемых вашим планом в рамках вашего пакета услуг.

ГЛАВА 5. Использование страхового покрытия по плану для лекарственных препаратов, покрываемых по программе Часть D

Как можно получить информацию о стоимости лекарственных препаратов?

Поскольку вы соответствуете критериям для участия в программе California Medi-Cal (Medicaid), вы также имеете право участвовать в программе «Дополнительная помощь» от Medicare, помогающей с оплатой ваших расходов на рецептурные лекарственные препараты в рамках плана. Поскольку вы являетесь участником программы «Дополнительная помощь», некоторая информация о расходах на рецептурные препараты по программе Часть D в данном *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* может вас не касаться. Мы отправили вам отдельный вкладыш под названием *«Дополнение к документу об объеме страховой ответственности страховщика для лиц, получающих дополнительную помощь в оплате рецептурных препаратов»* (другое название — *«Дополнение о предоставлении субсидий при низком доходе»* или *«Дополнение о LIS»*), в котором рассказывается о доступном вам страховом покрытии препаратов. Если вы не получили этот вкладыш, позвоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) и запросите *Дополнение о LIS*. (Номера телефонов отдела обслуживания участников плана напечатаны на задней обложке настоящего документа.)

РАЗДЕЛ 1 Основные правила страхового покрытия лекарственных препаратов по программе Часть D нашим планом страхования

Информацию о покрытии лекарственных препаратов по программе Medicare Part B и покрытии препаратов при нахождении в хосписе см. в таблице страхового покрытия в главе 4.

Помимо лекарств, покрываемых Medicare, некоторые рецептурные препараты предоставляются в рамках программы California Medi-Cal (Medicaid). Для получения дополнительной информации о покрытии лекарственных препаратов программой Medicaid обратитесь в California Medi-Cal (Medicaid), чтобы выяснить, какое страховое покрытие расходов на лекарственные препараты может быть вам доступно. (Номера телефонов и контактную информацию программы California Medi-Cal (Medicaid) см. в разделе 6 главы 2.)

Обычно наш план покрывает ваши расходы на препараты при условии соблюдения следующих правил:

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

- Как правило, для получения лекарств по рецепту вы должны обращаться в сетевую аптеку (см. раздел 2), *или вы можете получить рецептурные препараты с помощью услуги заказа с доставкой по почте вашего плана*.
- Ваш лекарственный препарат должен быть включен в Перечень лекарств нашего плана (перейдите в раздел 3).
- Ваш лекарственный препарат должен применяться в соответствии с установленными медицинскими показаниями. Термин «установленное медицинское показание» означает, что использование лекарственного препарата одобрено FDA или основано на данных, содержащихся в определенных справочниках. (Для получения более подробной информации об установленном медицинском показании перейдите в раздел 3.)
- Прежде чем мы соглашаемся на покрытие вашего препарата, может потребоваться одобрение нашего плана на основании определенных критериев. (Более подробную информацию см. в разделе 4)

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

В большинстве случаев ваши препараты по рецепту будут покрываться *только* в случае, если вы будете получать их в сетевых аптеках нашего плана. (Случаи, в которых мы возмещаем стоимость лекарств по рецепту, приобретенных во внесетевых аптеках, описаны в разделе 2.4.)

Сетевая аптека — это аптека, заключившая договор с нашим планом о предоставлении ваших покрываемых лекарственных препаратов. Под «покрываемыми лекарственными препаратами» понимаются все лекарственные препараты по программе Часть D, указанные в Перечне лекарств нашего плана.

Раздел 2.1 Сетевые аптеки

Найдите сетевую аптеку в своем районе

Чтобы найти сетевую аптеку, перейдите в *Каталог поставщиков услуг и аптек*, посетите наш веб-сайт (go.wellcare.com/2027providerdirectories) и/или позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

Вы можете приобрести препараты в любой из аптек нашей сети. Некоторые сетевые аптеки предлагают привилегированное участие в расходах. В них вам, возможно, нужно будет заплатить за лекарства меньше, чем в аптеке со стандартным участием в расходах. Информацию о том, какие сетевые аптеки предлагают привилегированное участие в расходах, вы найдете

в *Каталоге поставщиков услуг и аптек*. Чтобы узнать больше о ваших личных расходах на конкретные лекарства, обратитесь к нам.

Если ваша аптека прекращает сотрудничество с нами

Если аптека, в которую вы обращаетесь, выйдет из сети нашего плана, вам нужно будет найти новую аптеку в сети. При наличии возможности вы можете захотеть выбрать другую сетевую аптеку или аптеку с привилегированным участием в расходах, если аптека, в которую вы обращаетесь, остается в нашей сети, но более не предлагает привилегированное участие в расходах. Чтобы найти другую аптеку в своем районе, обратитесь за помощью в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) или воспользуйтесь *Каталогом поставщиков услуг и аптек*. Кроме того, эта информация доступна на нашем веб-сайте по адресу: go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Специализированные аптеки

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

- Аптеки, которые поставляют лекарственные препараты для инфузионной терапии на дому.
- Аптеки, поставляющие препараты для лиц, пребывающих на постоянной основе в учреждениях долгосрочного ухода (LTC). Как правило, в учреждении LTC (например, центре сестринского ухода) имеется собственная аптека. Если у вас возникли трудности с получением лекарств по программе Часть D в учреждении LTC, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).
- Аптеки, обслуживающие службы здравоохранения для индейцев/племенные службы здравоохранения/городскую программу здравоохранения для индейцев (недоступны в Puerto Rico). За исключением экстренных случаев, пользоваться услугами таких аптек нашей сети могут лишь представители коренных народов или коренные жители штата Alaska.
- Аптеки, поставляющие лекарства, реализация которых по решению FDA ограничена определенными учреждениями либо которые требуют особого обращения, координации между поставщиками услуг или обучения их приему. Чтобы найти специализированную аптеку, перейдите в ваш *Каталог поставщиков услуг и аптек* по адресу: go.wellcare.com/2027providerdirectories или позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

Раздел 2.2 Услуга заказа с доставкой по почте нашего плана

Для получения некоторых типов лекарственных препаратов можно воспользоваться услугой 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 медицинском состоянии. В нашем Перечне лекарств препараты, которые нельзя заказывать с помощью услуги заказа с доставкой по почте нашего плана, отмечены буквами **“NM”**.

Предусмотренная нашим планом услуга заказа с доставкой по почте позволяет заказать **не менее чем 35-дневный и не более чем 100-дневный заказ лекарства.**

При использовании услуги заказа с доставкой по почте плана с привилегированным участием в расходах доплата может быть меньше. Дополнительная информация об этом приведена в таблице в разделах 5.2 и 5.4 главы 6.

Чтобы получить бланки заказа и информацию о получении отпускаемых по рецепту лекарств по почте, позвоните в аптечную сеть Express Scripts® Pharmacy по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711) круглосуточно, без выходных. Либо вы можете воспользоваться веб-сайтом express-scripts.com/rx. Если вы обращаетесь в аптеку, предоставляющую услугу заказа с доставкой по почте, которая не представлена в сети нашего плана, стоимость лекарства по рецепту не будет покрыта.

Как правило, доставка заказанных препаратов по почте занимает не более 14 дней. Тем не менее иногда доставка ваших рецептурных препаратов по почте может происходить с задержкой. Если лекарства длительного применения необходимы вам незамедлительно, попросите своего врача выписать два рецепта: один на 30-дневный запас для приобретения в розничной аптеке сети, а другой — на долгосрочный запас (35–100 дней) для приобретения с доставкой по почте. Если у вас возникли трудности с приобретением 30-дневного запаса в розничной аптеке сети в случае задержки заказа с доставкой по почте, попросите сотрудников вашей розничной аптеки обратиться за помощью в наш Центр обслуживания поставщиков по номеру 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252) круглосуточно, без выходных. Участники могут обращаться в аптечную сеть Express Scripts® Pharmacy по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711) круглосуточно, без выходных. Либо вы можете воспользоваться веб-сайтом express-scripts.com/rx.

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

- Вы пользовались услугой почтовой доставки в рамках данного плана ранее; или
- Вы подали заявку на автоматическую отправку лекарственных препаратов по всем новым рецептам, полученным непосредственно от поставщиков медицинских услуг. Вы можете запросить автоматическую отправку лекарств по всем новым рецептам в любое время, позвонив в аптечную сеть Express Scripts® Pharmacy по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711) круглосуточно, без выходных. Либо вы можете воспользоваться веб-сайтом express-scripts.com/rx.

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

Если вы оформляли заказ с доставкой по почте ранее, но не хотите, чтобы аптека автоматически поставляла и отправляла вам каждое лекарство по новому рецепту, свяжитесь с нами, позвонив в аптечную сеть Express Scripts® Pharmacy по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711) круглосуточно, без выходных. Либо вы можете воспользоваться веб-сайтом express-scripts.com/rx.

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

Чтобы отказаться от автоматической доставки препаратов по новым рецептам, полученным непосредственно от лица, предоставляющего вам медицинскую помощь, свяжитесь с нами, позвонив в аптечную сеть Express Scripts® Pharmacy по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711) круглосуточно, без выходных. Либо вы можете воспользоваться веб-сайтом express-scripts.com/rx.

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

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

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

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

Если вы автоматически получите по почте пополнение запаса лекарства, которое вам не нужно, у вас может быть право на возврат средств.

Раздел 2.3 Как получить долгосрочный запас лекарственных препаратов

Наш план страхования предусматривает 2 варианта получения долгосрочного запаса (на большее число дней) поддерживающих лекарств, представленных в Перечне лекарств нашего плана. (Поддерживающими называются лекарства, которые вы регулярно принимаете для лечения хронического или длительного заболевания.)

1. Некоторые розничные аптеки в нашей сети позволяют получать долгосрочный запас поддерживающих лекарств. В вашем *Каталоге поставщиков услуг и аптек* go.wellcare.com/2027providerdirectories содержатся сведения о том, какие аптеки в нашей сети могут предоставить вам долгосрочный запас поддерживающих лекарств.

Для получения дополнительной информации вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

2. Получать поддерживающие лекарственные препараты также можно с помощью нашей программы заказа с доставкой по почте. Более подробную информацию см. в разделе 2.2.

Раздел 2.4 Обращение в аптеку, не представленную в сети нашего плана

Как правило, мы покрываем расходы на лекарственные препараты, выданные внесетевой аптекой, *только* в том случае, если у вас нет возможности обратиться в сетевую аптеку. За пределами нашей зоны обслуживания также есть сетевые аптеки, где вы можете получить лекарства по рецепту как участник нашего плана. **Сначала обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711)**, чтобы узнать, есть ли поблизости аптека, входящая в сеть плана.

Мы покрываем рецептурные препараты, полученные во внесетевых аптеках, только в следующих обстоятельствах:

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

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

- Если во время поездки в пределах США и их территорий вы заболеете либо потеряете или израсходуете свои рецептурные препараты, мы оплатим ваши расходы на их приобретение в аптеке, не входящей в сеть. В этой ситуации вам придется оплатить их полную стоимость (вместо внесения доплаты или дополнительного взноса) при покупке. Вы можете запросить возмещение нашей доли расходов, подав форму требования на возмещение затрат по рецептурным лекарственным препаратам. Если вы обращаетесь во внесетевую аптеку, возможно, вам придется оплатить разницу между суммой, которую мы возместили бы в случае приобретения лекарства по рецепту в сетевой аптеке, и суммой, фактически выплаченной вами при получении лекарства по рецепту во внесетевой аптеке. Чтобы узнать, как подать требование на возмещение расходов по рецептурным лекарственным препаратам для получения возмещения от нас, обратитесь к главе 7, разделу 2.

- Кроме того, вы можете обратиться в отдел обслуживания участников плана по телефону и уточнить наличие сетевой аптеки в том регионе, куда вы направляетесь.

- Мы не можем оплачивать рецептурные препараты, приобретенные в аптеках, находящихся за пределами США и их территорий, даже при неотложных состояниях.

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

- Мы оплатим ваши расходы на приобретение рецептурных препаратов во внесетевой аптеке, если такие препараты связаны с неотложным состоянием или оказанием неотложной медицинской помощи. В этой ситуации вам придется оплатить их полную стоимость (вместо внесения доплаты или дополнительного взноса) при покупке. Затем вы можете обратиться к нам с запросом о возмещении нашей части расходов на препараты, прислав форму заявки на возмещение. Если вы обращаетесь во внесетевую аптеку, возможно, вам придется оплатить разницу между суммой, которую мы возместили бы в случае приобретения лекарства по рецепту в сетевой аптеке, и суммой, фактически выплаченной вами при получении лекарства по рецепту во внесетевой аптеке. Подробнее о порядке подачи страхового требования в отношении возмещения расходов см. в разделе 2 главы 7.

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

- Мы покроем ваши расходы на рецептурные препараты, приобретенные во внесетевой аптеке, при одном из следующих условий:
    - Если вы не имеете возможности своевременно получить покрываемый лекарственный препарат в пределах зоны обслуживания по причине отсутствия круглосуточно работающей сетевой аптеки, до которой можно добраться на автомобиле за приемлемое время.
    - Если вы хотите приобрести рецептурный препарат, которого обычно нет в запасах в доступной розничной аптеке сети или сетевой аптеке с возможностью заказа по почте (включая дорогостоящие и уникальные препараты).
    - Если вы хотите получить вакцину, которая необходима по медицинским показаниям, но не покрывается программой Medicare Part B и при этом ставится в кабинете врача.
    - Если вы получаете покрываемый лекарственный препарат в аптеке при учреждении и при этом являетесь пациентом амбулаторной хирургической клиники либо находитесь в иных амбулаторных условиях.
- В каждой из перечисленных выше ситуаций вы можете получить не более чем 30-дневный запас рецептурных препаратов. Кроме того, вам, скорее всего, придется оплатить стоимость лекарства, назначенную внесетевой аптекой, и прислать в наш план страхования необходимую документацию для возмещения расходов. Обязательно опишите ситуацию, из-за которой вам пришлось воспользоваться услугами внесетевой аптеки. Это поможет при рассмотрении вашего запроса на возмещение расходов.

Если вы вынуждены воспользоваться услугами внесетевой аптеки, как правило, вам нужно заплатить при получении лекарств по рецепту их полную стоимость (а не свою обычную долю расходов). Затем вы можете обратиться к нам с запросом на возмещение нашей части расходов. (Информация о том, как подать запрос на возмещение средств нашим планом, приведена в разделе 2 главы 7.) Возможно, от вас потребуется оплатить разницу между стоимостью лекарства для вас во внесетевой аптеке и стоимостью, покрываемой нами в сетевой аптеке.

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

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

У нашего плана есть *Перечень покрываемых лекарств* (справочник лекарств). В настоящем *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* **мы называем его Перечнем лекарств.**

Лекарства, входящие в этот перечень, выбираются представителями нашего плана при помощи врачей и фармацевтов. Перечень соответствует требованиям Medicare и одобрен Medicare.

В Перечне лекарств представлены только лекарства, покрываемые в рамках программы Medicare Part D. Помимо лекарств, покрываемых по программе Medicare, расходы на некоторые рецептурные препараты покрываются в рамках программы Medicaid. Для получения дополнительной информации о покрытии лекарственных препаратов программой Medicaid обратитесь в California Medi-Cal (Medicaid), чтобы выяснить, какое страховое покрытие расходов на лекарственные препараты может быть вам доступно. (Номера телефонов и контактную информацию программы California Medi-Cal (Medicaid) см. в разделе 6 главы 2.)

Как правило, мы покрываем расходы на препарат, включенный в предусмотренный нашим планом Перечень лекарств, при условии соблюдения вами других правил предоставления страхового покрытия, приведенных в данной главе, и при этом для применения препарата существует установленное медицинское показание. «Установленные медицинские показания» действуют, когда использование лекарства *либо*:

- одобрено FDA для диагностики или лечения заболевания, в связи с которым он назначается, либо
- подтверждается определенными справочниками, такими как American Hospital Formulary Service Drug Information и информационная система Micromedex DRUGDEX.

Перечень лекарств содержит патентованные лекарственные препараты, непатентованные лекарственные препараты и биологические препараты (в том числе биоаналоги).

Патентованный лекарственный препарат — это препарат, который продается под товарным знаком, принадлежащим производителю препарата. Биологические препараты или биопрепараты — это препараты с более сложным по сравнению с обычными лекарствами составом. Когда мы упоминаем «лекарственные препараты» из Перечня лекарств, это может означать как лекарство, так и биологический препарат.

Непатентованный лекарственный препарат — это отпускаемый по рецепту лекарственный препарат, в котором содержатся те же действующие вещества, что и в патентованном лекарственном препарате. Альтернативной формой биологических препаратов выступают биоаналоги. 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 лекарственных препаратов существуют непатентованные аналоги, а для некоторых оригинальных биопрепаратов существуют биоаналоги. Некоторые биоаналоги являются равноценными, и в зависимости от законодательства штата их можно получить в аптеке вместо оригинального биопрепарата без необходимости получать новый рецепт, аналогично тому, как непатентованные лекарственные препараты можно получить вместо патентованного.

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

Препараты, не включенные в Перечень лекарств

Наш план не предусматривает покрытие расходов на все рецептурные препараты.

- В некоторых случаях закон запрещает предоставлять страховое покрытие по программе Medicare в отношении определенных видов препаратов. (Более подробную информацию см. в разделе 7.)
- В иных случаях решение не включать какой-либо препарат в Перечень лекарств было принято нами.
- Иногда у вас может иметься возможность получить лекарство, не представленное в нашем Перечне лекарств. (Более подробную информацию см. в главе 9.)
- Рецептурные препараты, покрываемые программой California Medi-Cal (Medicaid), не входят в Перечень лекарств. Обратитесь в представительство программы California Medi-Cal (Medicaid), чтобы выяснить, какое страховое покрытие расходов на лекарственные препараты может быть вам доступно. (Номера телефонов и контактную информацию программы California Medi-Cal (Medicaid) см. в разделе 6 главы 2.)

Раздел 3.2 Шесть уровней участия в расходах на препараты, которые входят в Перечень лекарств

Каждый препарат из предусмотренного нашим планом Перечня лекарств относится к одному из шести уровней участия в расходах. В общем, чем выше уровень, тем больше сумма, которую вы платите за препарат:

- На уровне 1 (непатентованные лекарственные препараты) представлены предпочтительные непатентованные препараты и некоторые патентованные препараты.
- На уровне 2 (предпочтительные патентованные препараты) представлены предпочтительные патентованные препараты и некоторые непатентованные препараты.
- На уровне 3 (непредпочтительные лекарственные препараты) представлены

непредпочтительные патентованные и непатентованные лекарственные препараты.

- На уровне 4 (инъекционные препараты) представлены отдельные лекарства, которые вводятся инъекционно или применяются для профилактики заболеваний (вакцины).
- На уровне 5 (уровень специализированных лекарственных препаратов) представлены дорогостоящие патентованные и непатентованные лекарственные препараты. Для лекарств этого уровня нельзя получить исключение, допускающее оплату на более низком уровне. Это уровень участия в расходах, предполагающий самую высокую долю расходов.
- На уровне 6 (препараты из особой подборки) представлены некоторые непатентованные и (или) патентованные лекарственные препараты, используемые для лечения конкретных заболеваний. Это уровень участия в расходах, предполагающий самую низкую долю расходов.

Чтобы выяснить, к какой категории участия в расходах относится ваш препарат, найдите его в предусмотренном нашим планом Перечне препаратов. Суммы, которые вы уплачиваете за препараты на каждом уровне участия в расходах, указаны в главе 6.

Раздел 3.3 Как выяснить, включен ли конкретный препарат в Перечень лекарств

Чтобы узнать, включен ли препарат в наш Перечень лекарств, у вас есть следующие варианты:

- Проверить наиболее актуальную версию Перечня лекарств, которую мы предоставили вам в электронном виде.
- Посетить веб-сайта нашего плана (go.wellcare.com/HealthNetCA). На веб-сайте всегда размещена актуальная версия Перечня лекарств.
- Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) и выясните информацию о том, входит ли какой-либо препарат в Перечень лекарств нашего плана, либо запросите его экземпляр.
- Воспользуйтесь инструментом Real Time Benefit Tool (Инструмент проверки стоимости в реальном времени) нашего плана (go.wellcare.com/HealthNetCA), чтобы найти препараты в Перечне лекарств, получить оценку того, сколько вы будете платить, и проверить, есть ли в Перечне лекарств альтернативные препараты, которые могут лечить такое же заболевание. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

РАЗДЕЛ 4 Лекарственные препараты с ограничениями на страховое покрытие

Раздел 4.1 Почему в отношении некоторых лекарственных препаратов действуют ограничения?

Для некоторых лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту, действуют особые правила, ограничивающие сумму и сроки их покрытия планом страхования. Эти правила были разработаны группой врачей и фармацевтов для того, чтобы помочь вам и вашему поставщику услуг использовать лекарственные препараты наиболее эффективно. Чтобы выяснить, применяются ли какие-либо из указанных ограничений в отношении лекарственного препарата, который вы принимаете или намереваетесь принимать, изучите Перечень лекарств.

Если безопасный и менее дорогостоящий препарат эффективен в такой же степени, как и более дорогостоящий, правила нашего плана побуждают вас и вашего поставщика услуг использовать менее дорогостоящий вариант.

Обратите внимание, что иногда лекарственный препарат может быть указан в нашем Перечне лекарств несколько раз. Это связано с тем, что в зависимости от различных факторов, в том числе дозировки, количества или формы лекарственного препарата, выписанного вашим поставщиком услуг (например, 10 mg или 100 mg; прием один раз в сутки или 2 раза в сутки; таблетки или жидкая форма), могут применяться различные ограничения или доли участия в расходах.

Раздел 4.2 Типы ограничений

Если для вашего препарата существует ограничение, это обычно означает, что вам или вашему поставщику услуг придется выполнить дополнительные действия, чтобы мы покрыли этот препарат. Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711), чтобы узнать, что вы или ваш поставщик услуг можете сделать для получения покрытия расходов на препарат. **Если вы хотите, чтобы мы отменили ограничение в вашем случае, вам необходимо прибегнуть к процедуре запроса решения о покрытии и направить нам запрос на исключение.** Мы можем дать согласие на отмену ограничения или отказать вам в его отмене. (Перейдите к главе 9.)

Получение предварительного одобрения плана

Некоторые препараты должны быть предварительно одобрены нашим планом на основе определенных критериев по вашему запросу или по запросу вашего поставщика услуг, прежде чем мы дадим согласие на покрытие расходов на них за вас. Такое одобрение называется **предварительным разрешением**. Оно необходимо для обеспечения безопасности лекарственных препаратов и правильного применения тех или иных препаратов. Если ваш препарат не будет одобрен, наш план может не покрыть расходы на него. Критерии получения предварительного разрешения нашего плана можно получить, позвонив в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711), или на нашем веб-сайте go.wellcare.com/enhanced-select-pa.

Применение вначале другого лекарственного препарата

Согласно этому требованию вы должны попробовать менее дорогостоящие, но, как правило, не менее эффективные лекарственные препараты, прежде чем наш план покроет другой лекарственный препарат. Например, если лекарство А применяется для лечения такого же медицинского состояния, как лекарство В, но при этом стоит дешевле, наш план может потребовать, чтобы вы сначала попробовали лекарство А. Если препарат А вам не поможет, наш план покроет препарат В. Это требование сначала попробовать другой препарат называется **«поэтапным лечением»**. Критерии получения поэтапного лечения в рамках нашего плана можно получить, позвонив в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711), или на нашем веб-сайте go.wellcare.com/enhanced-select-st.

Количественные ограничения

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

РАЗДЕЛ 5 Что вы можете сделать, если один из ваших лекарственных препаратов не покрывается так, как вам хотелось бы

Существуют ситуации, когда рецептурный препарат, который вы принимаете, или который, по вашему мнению и мнению вашего поставщика услуг, вам следует принимать, отсутствует в нашем Перечне лекарств или по нему есть ограничения. Например:

- Лекарственный препарат может не покрываться совсем. Также возможно включение только его непатентованной версии, а патентованный препарат, который вы планируете принимать, — не включен.
- Препарат включен в объем страхового покрытия, но в отношении него установлены дополнительные правила или ограничения.
- Лекарственный препарат покрывается, но находится на таком уровне участия в расходах, что его стоимость для вас превышает ваши ожидания.

Если препарат относится к категории участия в расходах, которая предусматривает большую сумму доплаты, чем вы полагали, перейдите к разделу 5.1, чтобы узнать возможные варианты действий.

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

- Вы можете получить временный запас лекарственного препарата.

- Вы можете перейти на другой лекарственный препарат.
- Вы можете обратиться с запросом **сделать исключение** и попросить наш план включить препарат в объем страхового покрытия или отменить установленное для него ограничение.

Вы можете получить временный запас лекарства

При определенных обстоятельствах наш план должен предоставить временный запас препарата, который вы уже принимаете. Этот временный запас дает вам время обсудить изменения с вашим поставщиком услуг.

Чтобы вы имели право на временный запас, препарат, который вы принимаете, **должен быть исключен из Перечня лекарств нашего плана** ИЛИ **в отношении него должны вводиться какие-либо ограничения.**

- **Если вы новый участник плана**, мы покроем временный запас вашего препарата в течение первых **90 дней** вашего участия в нашем плане.
- **Если вы являлись участником плана в прошлом году,** мы покроем временный запас необходимого вам препарата в течение первых **90 дней** календарного года.
- Временное покрытие будет предоставлено на количество лекарства на максимальный срок до 30 дней при получении в розничной аптеке и до 31 дня — в аптеке при учреждении долгосрочного ухода. Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим получить по нему лекарство несколько раз в общем количестве, рассчитанном на срок до 30 дней при получении в розничной аптеке и до 31 дня — в аптеке при учреждении долгосрочного ухода. Получать рецептурные препараты необходимо в сетевых аптеках. (Обращаем ваше внимание на то, что аптека учреждения долгосрочного медицинского ухода может предоставлять препарат меньшими количествами за один раз во избежание бесполезного расхода.)
- **Для участников, которые участвуют в нашем плане более 90 дней и проживают в учреждении долгосрочного ухода и которым нужен запас препарата немедленно:**

  Мы покроем один экстренный запас соответствующего лекарственного препарата на 31 день или менее, если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней. Это количество мы покрываем дополнительно к описанному выше временному запасу лекарства.
- **Если у участника меняются условия ухода (например, госпитализация в учреждение долгосрочного ухода или больницу либо выписка оттуда), при этом запас лекарства требуется незамедлительно:**

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

Если у вас возникли вопросы о временном запасе, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

В период получения временного запаса лекарственного препарата вам следует обсудить с вашим поставщиком услуг ваши действия после того, как временный запас закончится. У вас есть 2 варианта:

Вариант 1. Вы можете перейти на другой препарат

Поговорите со своим поставщиком услуг о том, существует ли другой препарат, покрываемый нашим планом, который будет не менее эффективен. Позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) и попросите предоставить перечень покрываемых лекарственных препаратов, которые применяются для лечения того же заболевания. Этот перечень поможет вашему поставщику услуг подобрать нужное вам покрываемое лекарство.

Вариант 2. Вы можете обратиться с запросом сделать исключение

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

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

Раздел 5.1 Что можно сделать, если ваш лекарственный препарат относится к уровню участия в расходах, который, на ваш взгляд, слишком высокий

Если ваш препарат относится к категории участия в расходах, которая, на ваш взгляд, предусматривает слишком большую сумму доплаты, вы можете сделать следующее:

Вы можете перейти на другой препарат

Если ваш препарат отнесен к слишком высокому, по вашему мнению, уровню участия в расходах, поговорите со своим поставщиком услуг. Возможно, вам подойдет другой препарат с более низким уровнем участия в расходах. Позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) и попросите предоставить перечень покрываемых лекарственных препаратов, которые применяются для лечения того

же заболевания. Этот перечень поможет вашему поставщику услуг подобрать нужное вам покрываемое лекарство.

Вы можете обратиться с запросом сделать исключение

Вы и ваш поставщик услуг можете попросить наш план сделать исключение в отношении уровня участия в расходах на препарат, чтобы вы платили за него меньше. Если ваш поставщик услуг заявляет о наличии у вас медицинских оснований для обращения к нам с запросом на исключение, он может помочь вам подать запрос на исключение из правил.

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

Для препаратов уровня 5 (специализированные лекарственные препараты) такое исключение запросить нельзя. Мы не снижаем сумму участия в расходах для препаратов этого уровня.

РАЗДЕЛ 6 В наш Перечень лекарств в течение года могут вноситься изменения

Большинство изменений, касающихся страхового покрытия, происходят в начале года (1 января). Тем не менее наш план страхования может вносить некоторые изменения в Перечень лекарств и в течение года. В частности, наш план страхования может:

- **Добавлять или исключать лекарства из Перечня лекарств.**
- **Переносить лекарство в более высокую или более низкую категорию.**
- **Добавлять или исключать ограничения на покрытие того или иного лекарства.**
- **Заменять патентованный лекарственный препарат на непатентованный.**
- Заменять оригинальный биологический препарат на равноценный биоаналог.

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

Информация об изменениях в страховом покрытии

При внесении изменений в Перечень лекарств мы публикуем информацию о таких изменениях на нашем веб-сайте. Мы также регулярно обновляем наш Перечень лекарств, доступный онлайн. Иногда вы будете получать непосредственное уведомление, если в отношении принимаемого вами препарата были внесены изменения.

Изменения в покрытии препаратов, которые коснутся вас в течение этого года участия в плане

- **Добавление новых препаратов в Перечень лекарств с <u>незамедлительным</u> удалением аналогичного препарата из Перечня лекарств или внесением изменений в правила его покрытия.**
    - Мы можем немедленно удалить аналогичный препарат из Перечня лекарств, переместить аналогичный препарат на другой уровень участия в расходах, добавить новые ограничения или и то, и другое. Новая версия препарата будет относиться к тому же или более низкому уровню участия в расходах и иметь те же или меньшие ограничения.
    - Мы внесем эти немедленные изменения только в том случае, если добавим новую непатентованную версию патентованного препарата или добавим некоторые новые версии биоаналогов оригинального биологического препарата, который уже был включен в Перечень лекарств.
    - Мы можем внести эти изменения немедленно и сообщить вам позже, даже если вы принимаете препарат, который мы удаляем или в режим применения которого вносим изменения. Если вы принимаете аналогичный препарат на момент внесения нами изменений, мы сообщим вам о любых конкретных изменениях, которые мы внесли.
- **Добавление лекарственных препаратов в Перечень лекарств с удалением аналогичного препарата из Перечня лекарств или внесением изменений в правила его покрытия.**
    - При добавлении в Перечень лекарств новой версии препарата мы можем удалить аналогичный препарат из Перечня лекарств, переместить аналогичный препарат на другой уровень участия в расходах, добавить новые ограничения или и то, и другое. Версия препарата, которую мы добавляем, будет относиться к тому же или более низкому уровню в расходах и иметь те же или меньшие ограничения.
    - Мы внесем эти изменения только в том случае, если добавим новую непатентованную версию патентованного препарата или добавим некоторые новые версии биоаналогов оригинального биологического препарата, который уже был включен в Перечень лекарств.
    - Мы сообщим вам о таких изменениях как минимум за 30 дней до их внесения или сообщим вам об изменении и покроем дополнительный 30-дневный запас препарата, который вы принимаете.
- **Исключение из Перечня лекарств небезопасных лекарственных препаратов и прочих лекарственных препаратов, снятых с продажи.**

- Иногда препарат может быть признан небезопасным или снят с производства по другой причине. В этом случае мы можем незамедлительно убрать такой лекарственный препарат из Перечня лекарств. Если вы принимаете этот препарат, мы сообщим вам об этом после внесения изменений.

- **Внесение других изменений в отношении препаратов в Перечне лекарств.**

  - После начала года мы можем внести другие изменения, затрагивающие принимаемые вами препараты. Например, мы основываемся на особых предупреждениях FDA или новых клинических рекомендациях, признанных программой Medicare.

  - Мы сообщим вам о таких изменениях как минимум за 30 дней до их внесения или сообщим вам об изменении и покроем дополнительный 30-дневный запас препарата, который вы принимаете.

Если мы внесем какие-либо из этих изменений в отношении каких-либо из принимаемых вами лекарственных препаратов, обсудите с лицом, выписывающим вам лекарство, наиболее подходящие для вас варианты, включая переход на другой лекарственный препарат для лечения вашего заболевания или запрос решения о страховом покрытии для удовлетворения любых новых ограничений в отношении принимаемого препарата. Вы или лицо, выписывающее вам лекарство, можете попросить нас о предоставлении исключения с целью дальнейшего покрытия принимаемого препарата или его версии. Дополнительные сведения о порядке подачи запроса на решение о страховом покрытии, включая запрос на предоставление исключения, см. в главе 9.

Изменения в Перечне лекарств, которые не затронут вас в течение текущего страхового года

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

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

- Перенос вашего препарата в категорию участия в расходах с более высокой суммой доплаты.

- Мы устанавливаем новое ограничение на применение лекарственного препарата.

- Мы убираем препарат из Перечня лекарств.

Любое из этих изменений, касающихся принимаемого вами препарата (за исключением вывода препарата с рынка, замены патентованного препарата на непатентованный или других изменений, указанных в разделах выше), не скажется на применении препарата или сумме вашей части расходов на него до 1 января следующего года.

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

РАЗДЕЛ 7 Типы лекарственных препаратов, которые мы не покрываем

Некоторые виды рецептурных препаратов *исключены*. Это означает, что расходы на такие препараты по программе Medicare не возмещаются.

Если вы подадите апелляцию и будет установлено, что запрашиваемый препарат не исключен из Части D, мы оплатим или покроем его. (Информацию об обжаловании решения см. в главе 9.) Если препарат, исключенный нашим планом, также исключен программой California Medi-Cal (Medicaid), вы должны оплатить его самостоятельно (за исключением некоторых исключенных лекарств, покрываемых в рамках расширенного покрытия).

Лекарственные препараты, не покрываемые в рамках программы Часть D планами Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты, определяются 3 основными правилами:

- Предусмотренное нашим планом страховое покрытие расходов на препараты по программе Часть D не распространяется на препарат, который покрывается по программе Medicare Part A или Part B.
- Наш план страхования не может покрыть лекарственный препарат, приобретенный за пределами США или их территорий.
- Наш план не действует в отношении препарата, если он применяется по *незарегистрированным* показаниям, если такое применение не рекомендуется определенными авторитетными источниками, такими как American Hospital Formulary Service Drug Information и информационная система Micromedex DRUGDEX. Применение *по незарегистрированным показаниям* — это любое применение препарата, которое не указано в сопровождающих его инструкциях и не одобрено FDA.

Кроме того, согласно закону, программа Medicare или Medicaid не покрывает нижеперечисленные категории препаратов. Тем не менее некоторые из этих лекарственных препаратов могут покрываться для вас в рамках вашего покрытия лекарственных препаратов по программе California Medi-Cal (Medicaid). Обратитесь в представительство программы California Medi-Cal (Medicaid), чтобы выяснить, какое страховое покрытие расходов на лекарственные препараты может быть вам доступно. (Номера телефонов и контактную информацию программы California Medi-Cal (Medicaid) см. в разделе 6 главы 2.)

- Свободно отпускаемые лекарственные препараты (другое название — «безрецептурные лекарственные препараты»)

- Лекарственные препараты для стимулирования репродуктивной функции
- Лекарственные препараты для лечения кашля и симптомов простуды
- Лекарственные препараты, применяемые в косметических целях или для усиления роста волос
- Отпускаемые по рецепту витамины и минеральные вещества, за исключением витаминов для беременных и препаратов фтора
- Лекарственные препараты для лечения сексуальной или эректильной дисфункции
- Лекарственные препараты для лечения анорексии, похудения или набора веса
- Препараты для амбулаторных пациентов, условием продажи которых (со стороны производителя) является приобретение связанных тестов или услуг мониторинга только у производителя таких препаратов

Если вы **участвуете в программе «Дополнительная помощь» в рамках программы Medicare** для оплаты рецептурных препаратов, программа «Дополнительная помощь» не будет оплачивать лекарственные препараты, расходы на которые обычно не покрываются. (Для получения дополнительной информации обратитесь к Перечню лекарств нашего плана или позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711)). Если у вас есть страховое покрытие расходов на лекарственные препараты по программе Medicaid, то программа Medicaid вашего штата может покрывать некоторые препараты, которые обычно не покрываются планом Medicare. Обратитесь в представительство программы Medicaid в своем штате, чтобы выяснить, какое страховое покрытие расходов на лекарственные препараты может быть вам доступно. (Номера телефонов и контактную информацию программы Medicaid см. в разделе 6 главы 2.)

РАЗДЕЛ 8 Как получить лекарства по рецепту

Чтобы получить ваши рецептурные лекарственные препараты, в выбранной сетевой аптеке предоставьте свои данные участника нашего плана страхования, которые можно найти на вашей карте участника плана страхования. Сетевая аптека автоматически выставит нашему плану счет на нашу часть расходов на ваш препарат. Вам необходимо будет выплатить аптеке *вашу* часть стоимости препарата, приобретаемого по рецепту.

Если у вас нет с собой карты участника нашего плана страхования, вы или аптека можете позвонить в наш план, чтобы получить информацию, или вы можете попросить аптеку найти информацию об участии в нашем плане страхования.

Если у сотрудника аптеки нет возможности получить такую необходимую информацию, **вам, возможно, придется оплатить полную стоимость лекарства по рецепту на момент его получения**. После этого вы можете **обратиться к нам с запросом на возмещение** нашей части расходов. Перейдите в раздел 2 главы 7 для получения информации, как обратиться в наш план с запросом на возмещение.

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

Раздел 9.1 Во время покрываемого нашим планом пребывания в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода

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

Раздел 9.2 Пребывание в учреждении долгосрочного ухода (LTC)

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

Сверьтесь с *Каталогом поставщиков услуг и аптек* по адресу go.wellcare.com/2027providerdirectories, чтобы узнать, входит ли аптека учреждения LTC или аптека, услугами которой оно пользуется, в нашу сеть. Если это не так либо если вам необходима более подробная информация или помощь, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711). Если вы пребываете в учреждении LTC, мы должны убедиться в том, что вы имеете возможность систематически получать свои льготы по программе Часть D через нашу сеть аптек LTC.

Если вы находитесь в учреждении LTC и нуждаетесь в препарате, который не включен в наш Перечень лекарств или подвергнут каким-либо ограничениям, обратитесь к разделу 5 для получения информации о получении временного или экстренного запаса.

Раздел 9.3 Если вы также получаете страховое покрытие расходов на лекарственные препараты от работодателя или группового плана для пенсионеров

Если вам доступно иное страховое покрытие лекарств по программе страхования вашего работодателя (или работодателя вашего супруга/супруги или гражданского партнера) либо профсоюза пенсионеров, обращайтесь к **соответствующему администратору страховых выплат**. Он может помочь вам понять, как ваше действующее страховое покрытие в отношении расходов на лекарственные препараты будет сочетаться с нашим планом.

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

Специальное уведомление о надежном страховом покрытии:

Каждый год ваш работодатель или профсоюз пенсионеров должен присылать вам уведомление с указанием, является ли ваше страховое покрытие расходов на лекарственные препараты на следующий календарный год надежным.

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

Сохраняйте все уведомления о надежном покрытии, поскольку эти уведомления могут понадобиться вам позже, чтобы показать, что вы сохранили надежное покрытие. Если вы не получили уведомление о надежном покрытии, запросите его копию у администратора страховых выплат плана вашего работодателя или профсоюза пенсионеров либо у работодателя или профсоюза.

Раздел 9.4 Если вы находитесь в хосписе, сертифицированном Medicare

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

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

РАЗДЕЛ 10 Программы безопасного приема лекарственных препаратов и управления лекарственным обеспечением

Мы осуществляем периодический контроль применения лекарственных средств, который позволяет нашим участникам получать безопасную и адекватную медицинскую помощь.

Мы проводим проверку каждый раз, когда вы получаете рецептурный препарат. Кроме того, мы регулярно проверяем свою документацию. В ходе таких проверок мы ищем возможные проблемы, например, такие:

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

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

Раздел 10.1 Программа контроля приема лекарств (DMP), помогающая участникам плана страхования безопасно применять опиоидные лекарственные препараты

У нас действует программа, помогающая обеспечить участникам плана страхования безопасное применение опиоидных препаратов или других лекарственных препаратов, которые часто используются неправомерно. Эта программа называется «Программа контроля приема лекарств» (DMP). Если вы принимаете опиоидные препараты, которые получаете от нескольких лиц, выписывающих лекарства, или аптек, либо если недавно у вас случалась передозировка опиоидными препаратами, мы можем проконсультироваться с лицами, выписывающими вам лекарства, с целью убедиться, что вы принимаете такие препараты правильно и строго по медицинским показаниям. Если мы совместно с лицами, выписывающим вам лекарства, решим, что для вас существует риск неправильного применения рецептурных опиоидных препаратов или препаратов бензодиазепина, мы можем ограничить доступные вам способы получения таких препаратов. Если мы определяем вас в нашу программу DMP, ограничения могут быть следующими:

- Требование получать все рецептурные опиоидные или бензодиазепиновые препараты в определенных аптеках
- Требование получать все рецептурные опиоидные или бензодиазепиновые препараты у определенных лиц, выписывающих лекарства

- Ограничение количества опиоидных или бензодиазепиновых препаратов, которое мы покрываем для вас

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

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

Раздел 10.2. Программа управления медикаментозной терапией (MTM), помогающая участникам управлять приемом лекарственных препаратов

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

Получать услуги по программе MTM могут некоторые участники нашего плана страхования, которые страдают определенными хроническими заболеваниями и принимают лекарственные препараты, стоимость которых превышает конкретную сумму, либо которые состоят в программе DMP, помогающей им безопасно применять опиоидные лекарственные препараты. Если вы соответствуете критериям участия в программе, фармацевт или другой медицинский специалист всесторонне проанализирует ваши лекарственные препараты. В ходе пересмотра вы можете обсудить ваши лекарственные препараты, ваши расходы и любые проблемы или вопросы, возникающие у вас в связи с приемом рецептурных и безрецептурных препаратов. Вы получите письменное заключение, содержащее список рекомендуемых действий, которые необходимо предпринять для получения максимального эффекта от применения лекарственных препаратов. Вы также получите список лекарств, в котором будут указаны все принимаемые вами препараты, их количество, время и причины приема. Кроме того, участники программы

МТМ получат информацию о безопасной утилизации рецептурных препаратов, являющихся контролируемыми веществами.

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

Если у нас предусмотрена программа, которая удовлетворяет вашим потребностям, мы автоматически включим вас в нее и вышлем вам необходимую информацию. Если вы решите отказаться от участия, сообщите нам об этом, и мы выведем вас из программы. Если у вас возникли вопросы по этой программе, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

ГЛАВА 6.
Сколько вам нужно платить за лекарственные препараты по программе Часть D

РАЗДЕЛ 1 Сколько вам нужно платить за лекарственные препараты по программе Часть D

Мы используем термин «препарат» для обозначения рецептурного лекарственного препарата по программе Часть D. Не все лекарственные препараты относятся к лекарственным препаратам, покрываемым по программе Часть D. По закону некоторые лекарственные препараты исключены из страхового покрытия по программе Часть D. Расходы на некоторые лекарственные препараты, исключенные из страхового покрытия по программе Часть D, покрываются по программе Medicare Part A или Part B или по программе Medicaid. Кроме того, некоторые исключенные лекарства могут покрываться нашим планом, если вы приобрели дополнительное покрытие лекарств.

Чтобы разобраться с информацией о платежах, вам нужно знать, какие лекарственные препараты покрываются, где нужно получать рецептурные лекарственные препараты и какие правила следует соблюдать при получении покрываемых лекарственных препаратов. Эти правила разъясняются в главе 5. Если вы используете Real Time Benefit Tool (Инструмент проверки стоимости в реальном времени) нашего плана для проверки страхового покрытия лекарственных препаратов, доступный по адресу go.wellcare.com/HealthNetCA, то стоимость, которую вы видите, показывает оценку ваших личных расходов, которые вы должны будете оплатить. Вы также можете получить информацию, представленную в инструменте Real Time Benefit Tool (Инструмент проверки стоимости в реальном времени), позвонив в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

Как можно получить информацию о стоимости лекарственных препаратов?

Поскольку вы соответствуете критериям для участия в программе California Medi-Cal (Medicaid), вы также имеете право участвовать в программе «Дополнительная помощь» от Medicare, помогающей с оплатой ваших расходов на рецептурные лекарственные препараты в рамках плана. Поскольку вы являетесь участником программы «Дополнительная помощь», **некоторая информация о расходах на рецептурные препараты по программе Часть D в данном** *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* **может вас не касаться.** Мы отправили вам отдельный вкладыш под названием *«Дополнение к документу об объеме страховой ответственности страховщика для лиц, получающих дополнительную помощь в оплате рецептурных препаратов»* (другое название — *«Дополнение о предоставлении субсидий при низком доходе»* или *«Дополнение о LIS»*), в котором рассказывается о доступном вам страховом покрытии препаратов. Если вы не получили этот вкладыш, позвоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) и запросите *Дополнение о LIS*.

Раздел 1.1 Возможные личные расходы на покрываемые лекарственные препараты

Существует 3 различных типа личных расходов на препараты, покрываемые по программе Часть D, которые вас могут попросить оплатить:

- **Не покрываемый страховкой минимум** — это сумма, которую вы должны самостоятельно уплатить за препараты, прежде чем наш план начнет платить нашу долю.
- **Доплата** — это фиксированная сумма, которую вы платите каждый раз, когда получаете рецептурный лекарственный препарат.
- **Дополнительный взнос** — это процент общей стоимости препарата, который вы платите каждый раз, когда получаете рецептурный лекарственный препарат.

Раздел 1.2 Как программа Medicare рассчитывает сумму ваших личных расходов

У программы Medicare есть правила относительно того, что засчитывается и что не засчитывается в ваши личные расходы. Ниже приведены правила, которым мы обязаны следовать при учете ваших личных расходов.

Эти платежи входят в ваши личные расходы

К вашим личным расходам **относятся** перечисленные ниже платежи (при условии, что они предназначаются для лекарства по программе Часть D и вы следовали правилам страхового покрытия препаратов, которые объясняются в главе 5):

- Суммы, уплаченные вами за препараты на следующих этапах оплаты препаратов:
  - Этап не покрываемого страховкой минимума.
  - Этап первоначального страхового покрытия.
- Любые платежи, совершенные вами в течение этого календарного года в статусе участника другого плана Medicare с покрытием расходов на препараты до того, как вы зарегистрировались для участия в нашем плане
- Любые платежи за препараты, произведенные членами семьи или друзьями
- Любые платежи, произведенные за ваши препараты по программе «Дополнительная помощь» от программы Medicare, планов медицинского страхования работодателя или профсоюза, службы здравоохранения для индейцев, программ помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа и от большинства благотворительных организаций

Переход к стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов:

Когда сумма ваших личных расходов, потраченная вами (или теми, кто платит от вашего имени), составит в общей сложности $2,400 в течение календарного года, вы переходите от стадии первоначального страхового покрытия к стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов.

Эти платежи <u>не входят</u> в ваши личные расходы

К вашим личным расходам **не относится** ни один из указанных ниже видов платежей:

- Платежи за препараты, приобретаемые за пределами США и подконтрольных США территорий
- Платежи за препараты, не покрываемые нашим планом
- Платежи за препараты, приобретаемые в аптеках, не входящих в сеть, которые не соответствуют требованиям нашего плана в отношении предоставления страхового покрытия, которые установлены для таких аптек
- Препараты, покрываемые только программой Medicaid
- Рецептурные препараты, покрываемые в рамках программы Часть A или Часть B
- Платежи, которые вы производите за лекарственные препараты, покрываемые нашим дополнительным страховым покрытием, которые обычно не покрываются планом Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты
- Платежи, которые вы производите за лекарственные препараты, которые обычно не покрываются планом Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты
- Платежи за ваши препараты, совершаемые за счет определенных планов страхования и финансируемых государством программ здравоохранения, таких как TRICARE и Администрация по охране здоровья ветеранов (VA)
- Платежи за ваши препараты, совершаемые третьими лицами, которые несут установленную законом обязанность оплачивать расходы на рецептурные препараты (например, в рамках компенсационного страхования работников)
- Платежи, производимые производителями лекарственных препаратов в рамках Программы скидок производителя

Напоминание. Если какая-либо другая организация, подобная перечисленным выше, частично или полностью оплачивает ваши личные расходы на лекарства, вы должны сообщить об этом нашему плану, позвонив в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

Отслеживание ваших общих личных расходов

- В отчете *«Разъяснение страховых выплат по программе Часть D»* (EOB), который вы получаете, указана текущая общая сумма ваших личных расходов. Когда эта сумма достигнет $2,400, в *отчете «EOB по программе Часть D»* будет указано, что вы преодолели стадию первоначального страхового покрытия и перешли на стадию страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов.
- **Следите за тем, чтобы мы получали необходимую информацию.** Обратитесь к разделу 3.1, чтобы узнать о том, как вы можете помочь нам поддерживать точность и актуальность всей существующей у нас информации о потраченных вами суммах.

РАЗДЕЛ 2 Стадии оплаты лекарственных препаратов для участников нашего плана

Существует **3 стадии оплаты лекарственных препаратов** в рамках страхового покрытия лекарственных препаратов по нашему плану. Выплачиваемая вами за каждый рецепт сумма зависит от того, на какой стадии вы находитесь на момент получения или повторного получения лекарства по рецепту. Подробная информация о каждой стадии приведена в этой главе. Эти стадии указаны ниже:

- **Стадия 1: стадия ежегодного не покрываемого страховкой минимума**
- **Стадия 2: стадия первоначального страхового покрытия**
- **Стадия 3: стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов**

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

Наш план отслеживает ваши расходы на рецептурные лекарственные препараты и суммы ваших выплат при получении лекарств по рецепту в аптеке. Благодаря этому мы можем сказать вам, когда вы перешли с одной стадии оплаты лекарственных препаратов на другую. Мы отслеживаем 2 типа расходов:

- **Личные расходы** — это сумма, которую вы заплатили. Сюда входит сумма, которую вы заплатили при получении лекарства по программе Часть D, любые платежи за ваши препараты, совершенные семьей или друзьями, а также любые платежи за ваши препараты по программе «Дополнительная помощь» от Medicare, планов медицинского страхования работодателя или профсоюза, выплаты от службы здравоохранения для индейцев, Программ помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа, благотворительных организаций и большинства Программ помощи штата в оплате лекарственных препаратов (SPAP).

- **Общие расходы на лекарства** — это общая сумма всех платежей, произведенных за ваши лекарства по программе Часть D. Она включает в себя сумму, оплаченную планом, сумму, оплаченную вами, и сумму, оплаченную другими программами или организациями за ваши лекарства по программе Часть D.

Если в течение предыдущего месяца вы получили через план одно или больше рецептурных лекарственных препаратов, мы вышлем вам отчет *«EOB по программе Часть D»*. В отчете *«EOB по программе Часть D»* включены следующие сведения:

- **Информация за этот месяц.** В этом отчете отражена информация по платежам за рецептурные препараты, приобретенные в предыдущем месяце. Здесь указываются общие расходы на лекарства, выплаченная нашим планом сумма, а также сумма, выплаченная вами или кем-то другим от вашего имени.
- **Общие расходы за год с 1 января.** Здесь указана общая стоимость препаратов и общие расходы на лекарства с начала года.
- **Информация о цене лекарственных препаратов.** Здесь отображается общая стоимость препаратов, а также данные об изменениях стоимости с момента первого получения препарата для каждого рецепта на одинаковое количество препарата.
- **Наличие более дешевых альтернативных рецептурных препаратов.** Здесь отображается информация о других доступных препаратах с более низкой стоимостью по каждому рецепту, если применимо.

Раздел 3.1 Помогите нам обеспечить актуальность информации о ваших расходах на лекарства

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

- **Каждый раз при получении лекарства по рецепту предъявляйте свою карту участника плана.** Это позволит отслеживать приобретаемые вами рецептурные препараты и ваши расходы на них.
- **Следите за тем, чтобы мы получали необходимую информацию.** В некоторых случаях вы оплачиваете полную стоимость рецептурного препарата. В этих случаях мы не будем автоматически получать информацию, необходимую для отслеживания ваших личных расходов. Чтобы помочь нам отслеживать ваши личные расходы, направляйте нам копии своих квитанций об оплате. **Примеры некоторых ситуаций, в которых вам следует предоставить нам копии ваших квитанций за препараты:**
    - Когда вы покупаете покрываемый лекарственный препарат в сетевой аптеке по специальной цене или с использованием дисконтной карты, которая не является частью покрытия нашего плана.

- Когда вы вносите доплату за препараты, которые получаете в рамках программы помощи пациентам от производителя препарата.
- Всякий раз, покупая покрываемые лекарственные препараты во внесетевых аптеках, либо с оплатой их полной стоимости в особых случаях.
- Если вам выставили счет на оплату покрываемого лекарственного препарата, вы можете обратиться к нам с запросом на выплату нашей доли участия в расходах на лекарство. Соответствующую процедуру см. в разделе 2 главы 7.

- **Отправляйте нам информацию о платежах, совершаемых 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. Ведите учет таких платежей и присылайте нам соответствующую документацию, чтобы мы могли отслеживать ваши расходы.
- **Проверяйте письменные отчеты, которые мы вам отправляем.** Получив отчет *«EOB по программе Часть D»*, просмотрите его и убедитесь, что в нем содержится полная и точная информация. Если вы считаете, что в отчете есть упущения, или если у вас возникли какие-либо вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711). **Вместо того, чтобы получать по почте печатную версию документа *«Разъяснение страховых выплат по программе Часть D» (отчет EOB по программе Часть D)*, теперь у вас есть возможность получать электронную версию.** Вы можете запросить ее на веб-сайте https://www.express-scripts.com/. Если вы предпочтете такой вариант получения документации, вы получите электронное письмо с уведомлением, что ваш *электронный отчет EOB по программе Часть D* готов к просмотру, печати или загрузке. Электронные *отчеты EOB по программе Часть D* также называются безбумажными *отчетами EOB по программе Часть D*. Они представляют собой точные копии (изображения) печатных *отчетов EOB по программе Часть D*. Обязательно сохраняйте такие отчеты.

РАЗДЕЛ 4 Стадия не покрываемого страховкой минимума

Поскольку большинство участников нашего плана страхования участвует в программе «Дополнительная помощь» для оплаты расходов на рецептурные препараты, стадия не покрываемого страховкой минимума не затрагивает большинство участников. Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь», эта стадия оплаты не относится к вам.

Ваша сумма не покрываемого страховкой минимума указана в отдельном вкладыше (*«Дополнение о LIS»*).

Если вы не участвуете в программе «Дополнительная помощь», стадия не покрываемого страховкой минимума является первой стадией оплаты вашего страхового покрытия препаратов. Не покрываемый страховкой минимум не распространяется на препараты инсулина и большинство вакцин для взрослых в рамках программы Часть D, включая опоясывающий

лишай, столбняк и вакцины для путешествий. Вы будете платить годовой не покрываемый страховкой минимум в размере $700 за лекарственные препараты уровня 3 (Непредпочтительные лекарственные препараты) и уровня 5 (Специализированные лекарственные препараты).

Вы должны оплачивать полную стоимость ваших лекарственных препаратов уровня 3 (Непредпочтительные лекарственные препараты) и уровня 5 (Специализированные лекарственные препараты) до тех пор, пока не достигнете суммы не покрываемого страховкой минимума нашего плана. За все остальные препараты вам не придется платить не покрываемый страховкой минимум. **«Полная стоимость»**, как правило, ниже, чем обычная полная цена препарата, поскольку мы согласовали более низкие цены на большинство препаратов в сетевых аптеках. Полная стоимость не может превышать максимальную справедливую цену с учетом сборов за выдачу препаратов с договорными ценами в рамках программы Medicare по переговорам о цене препаратов.

После оплаты $700 за лекарственные препараты уровня 3 (Непредпочтительные лекарственные препараты) и уровня 5 (Специализированные лекарственные препараты) вы покидаете этап не покрываемого страховкой минимума и переходите к стадии первоначального страхового покрытия.

РАЗДЕЛ 5 Стадия первоначального страхового покрытия

Раздел 5.1 Сумма, которую вы уплачиваете за препарат, зависит от препарата и от того, где вы его приобретаете

На стадии первоначального страхового покрытия наш план оплачивает свою долю расходов на ваши покрываемые лекарственные препараты, а вы — свою часть (свою сумму доплаты *или* дополнительного взноса). Ваша часть стоимости будет меняться в зависимости от препарата и того, где вы его приобретаете.

Наш план предусматривает шесть уровней участия в расходах

Каждый препарат из предусмотренного нашим планом Перечня лекарств относится к одному из шести уровней участия в расходах. В общем, чем выше категория участия в расходах, тем больше сумма, которую вы уплачиваете за препарат:

- На уровне 1 (непатентованные лекарственные препараты) представлены предпочтительные непатентованные препараты и некоторые патентованные препараты.
- На уровне 2 (предпочтительные патентованные препараты) представлены предпочтительные патентованные препараты и некоторые непатентованные препараты. Вы платите не более $35 за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне.
- На уровне 3 (непредпочтительные лекарственные препараты) представлены непредпочтительные патентованные и непатентованные лекарственные препараты. Вы платите не более $35 за месячный запас каждого покрываемого препарата инсулина на этом уровне.

- На уровне 4 (инъекционные препараты) представлены отдельные лекарства, которые вводятся инъекционно или применяются для профилактики заболеваний (вакцины).
- На уровне 5 (уровень специализированных лекарственных препаратов) представлены дорогостоящие патентованные и непатентованные лекарственные препараты. Для лекарств этого уровня нельзя получить исключение, допускающее оплату на более низком уровне. Это уровень участия в расходах, предполагающий самую высокую долю расходов.
- На уровне 6 (препараты из особой подборки) представлены некоторые непатентованные и (или) патентованные лекарственные препараты, используемые для лечения конкретных заболеваний. Это уровень участия в расходах, предполагающий самую низкую долю расходов.

Чтобы выяснить, к какой категории участия в расходах относится ваш препарат, найдите его в предусмотренном нашим планом Перечне препаратов.

Выбор аптеки

Стоимость лекарства для вас зависит от того, где именно вы его приобретаете:

- Сетевая розничная аптека.
- Сетевая розничная аптека с привилегированным участием в расходах. Сумма ваших расходов может быть меньше в аптеках с привилегированным участием в расходах.
- Аптека, не входящая в сеть нашего плана. Расходы на препараты, приобретенные в аптеках, не входящих в сеть плана, мы покрываем лишь в некоторых случаях. Сведения о том, когда мы будем покрывать рецептурные препараты, приобретенные во внесетевой аптеке, см. в разделе 2.4 главы 5.
- Сотрудничающая с нашим планом аптека с возможностью заказа по почте.

Дополнительную информацию о выборе этих аптек и приобретении лекарств по рецепту см. в главе 5 и в *Каталоге поставщиков услуг и аптек* go.wellcare.com/2027providerdirectories.

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

На стадии первоначального страхового покрытия ваша часть расходов на препарат, включенный в объем страхового покрытия, будет представлять собой доплату или дополнительный взнос.

Сумма доплаты или дополнительного взноса зависит от уровня участия в расходах.

Иногда стоимость препарата ниже, чем ваша доплата. В этих случаях вы платите более низкую цену препарата, а не сумму доплаты.

Ваши расходы на *месячный* запас покрываемого лекарства по программе Часть D

Уровень	Розничная сетевая аптека со стандартным участием в расходах (запас не более чем на 30 дней)	Розничная сетевая аптека с привилегированным участием в расходах (запас не более чем на 30 дней)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах (запас не более чем на 34 дня)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах (запас не более чем на 34 дня)	Аптека учреждения долгосрочного ухода (LTC) с участием в расходах (запас не более чем на 31 день)	Аптека, не сотрудничающая с планом, с участием в расходах (Покрытие предоставляется только в определенных ситуациях, подробные сведения см. в главе 5.) (не более чем 30-дневный запас)
Уровень участия в расходах 1 (Непатентованные лекарственные препараты — включает предпочтительные непатентованные препараты и может включать некоторые патентованные препараты.)	$15	$0	Страховое покрытие не распространяется на одномесячный (34 дня или менее) заказ по почте.	Страховое покрытие не распространяется на одномесячный (34 дня или менее) заказ по почте.	$15	$15

Уровень	Розничная сетевая аптека со стандартным участием в расходах (запас не более чем на 30 дней)	Розничная сетевая аптека с привилегированным участием в расходах (запас не более чем на 30 дней)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах (запас не более чем на 34 дня)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах (запас не более чем на 34 дня)	Аптека учреждения долгосрочного ухода (LTC) с участием в расходах (запас не более чем на 31 день)	Аптека, не сотрудничающая с планом, с участием в расходах (Покрытие предоставляется только в определенных ситуациях, подробные сведения см. в главе 5.) (не более чем 30-дневный запас)
Уровень участия в расходах 2 (Предпочтительные патентованные препараты — включает предпочтительные патентованные препараты и может включать некоторые непатентованные препараты.)	25%	20%	Страховое покрытие не распространяется на одномесячный (34 дня или менее) заказ по почте.	Страховое покрытие не распространяется на одномесячный (34 дня или менее) заказ по почте.	25%	25%

Уровень	Розничная сетевая аптека со стандартным участием в расходах (запас не более чем на 30 дней)	Розничная сетевая аптека с привилегированным участием в расходах (запас не более чем на 30 дней)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах (запас не более чем на 34 дня)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах (запас не более чем на 34 дня)	Аптека учреждения долгосрочного ухода (LTC) с участием в расходах (запас не более чем на 31 день)	Аптека, не сотрудничающая с планом, с участием в расходах (Покрытие предоставляется только в определенных ситуациях, подробные сведения см. в главе 5.) (не более чем 30-дневный запас)
Уровень участия в расходах 3 (Непредпочтительные лекарственные препараты — включает непредпочтительные патентованные и непатентованные лекарственные препараты.)	41%	41%	Страховое покрытие не распространяется на одномесячный (34 дня или менее) заказ по почте.	Страховое покрытие не распространяется на одномесячный (34 дня или менее) заказ по почте.	41%	41%

Уровень	Розничная сетевая аптека со стандартным участием в расходах (запас не более чем на 30 дней)	Розничная сетевая аптека с привилегированным участием в расходах (запас не более чем на 30 дней)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах (запас не более чем на 34 дня)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах (запас не более чем на 34 дня)	Аптека учреждения долгосрочного ухода (LTC) с участием в расходах (запас не более чем на 31 день)	Аптека, не сотрудничающая с планом, с участием в расходах (Покрытие предоставляется только в определенных ситуациях, подробные сведения см. в главе 5.) (не более чем 30-дневный запас)
Уровень участия в расходах 4 (Инъекционные препараты — включает некоторые лекарственные препараты, которые вводятся инъекционно или используются в качестве профилактики заболеваний (вакцины).)	15%	0%	Страховое покрытие не распространяется на одномесячный (34 дня или менее) заказ по почте.	Страховое покрытие не распространяется на одномесячный (34 дня или менее) заказ по почте.	15%	15%

Уровень	Розничная сетевая аптека со стандартным участием в расходах (запас не более чем на 30 дней)	Розничная сетевая аптека с привилегированным участием в расходах (запас не более чем на 30 дней)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах (запас не более чем на 34 дня)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах (запас не более чем на 34 дня)	Аптека учреждения долгосрочного ухода (LTC) с участием в расходах (запас не более чем на 31 день)	Аптека, не сотрудничающая с планом, с участием в расходах (Покрытие предоставляется только в определенных ситуациях, подробные сведения см. в главе 5.) (не более чем 30-дневный запас)
Уровень участия в расходах 5 (Уровень специализированных лекарственных препаратов — включает дорогостоящие патентованные и непатентованные лекарственные препараты. На препараты этого уровня не распространяется исключение касательно оплаты на более низком уровне.)	25%	25%	Страховое покрытие не распространяется на одномесячный (34 дня или менее) заказ по почте.	Страховое покрытие не распространяется на одномесячный (34 дня или менее) заказ по почте.	25%	25%

Уровень	Розничная сетевая аптека со стандартным участием в расходах (запас не более чем на 30 дней)	Розничная сетевая аптека с привилегированным участием в расходах (запас не более чем на 30 дней)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах (запас не более чем на 34 дня)	Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах (запас не более чем на 34 дня)	Аптека учреждения долгосрочного ухода (LTC) с участием в расходах (запас не более чем на 31 день)	Аптека, не сотрудничающая с планом, с участием в расходах (Покрытие предоставляется только в определенных ситуациях, подробные сведения см. в главе 5.) (не более чем 30-дневный запас)
Уровень участия в расходах 6 (Препараты из особой подборки — включает выбранные непатентованные и патентованные лекарственные препараты, используемые для лечения конкретных заболеваний.)	$0	$0	Страховое покрытие не распространяется на одномесячный (34 дня или менее) заказ по почте.	Страховое покрытие не распространяется на одномесячный (34 дня или менее) заказ по почте.	$0	$0

Вы будете платить не более $35 за месячный запас каждого покрываемого инсулинового препарата независимо от уровня участия в расходах, к которому он отнесен, даже если вы не заплатили не покрываемый страховкой минимум.

Для получения дополнительной информации об участии в расходах на вакцины по программе Часть D см. раздел 7.

Раздел 5.3 Если врач назначил препарат в меньшем количестве, чем полный месячный запас, вам, возможно, не придется оплачивать стоимость всего месячного запаса

Как правило, сумма, которую вы платите за препарат, покрывает его запас на целый месяц. Бывают случаи, когда вы или ваш врач предпочтет меньшее количество препарата, чем месячный запас (например, когда вы пробуете лекарство впервые). Вы также можете попросить своего врача выписать, а фармацевта — выдать вам меньшее количество препарата, чем полный месячный запас, если так вам будет легче планировать даты пополнения запаса препарата.

Если вы получаете меньшее количество определенных препаратов, чем нужно на месяц, вам не придется платить за их полный месячный запас.

- Если вы должны уплачивать дополнительный взнос, вы оплачиваете *процент* от общей стоимости препарата. Поскольку дополнительный взнос рассчитывается исходя из общей стоимости препарата, ваши расходы будут ниже, так как общая стоимость препарата будет меньше.
- Если вы вносите доплату за препарат, вы платите только за количество дней приема препарата, а не за целый месяц. Мы рассчитаем выплачиваемую вами сумму за количество препарата на один день («суточная сумма участия в расходах») и умножим ее на то количество дней, на которое предоставляется лекарство.

Раздел 5.4 Ваши расходы на *долгосрочный* (61–100-дневный) запас покрываемого лекарства по программе Часть D

Вы можете получить долгосрочный запас некоторых лекарственных препаратов (также называемый увеличенным запасом). Долгосрочный запас представляет собой запас лекарства на 61–100 дней.

Ваши расходы на *долгосрочный* (61–100-дневный) запас покрываемого лекарственного препарата по программе Часть D

Уровень	**Розничная аптека со стандартным участием в расходах (сотрудничающая с планом)** (61–100-дневный запас)	**Привилегированное участие в расходах при розничной покупке (в рамках сети)** (61–100-дневный запас)	**Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах** (61–100-дневный запас)	**Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах** (61–100-дневный запас)
Уровень участия в расходах 1 (Непатентованные лекарственные препараты — включает предпочтительные непатентованные препараты и может включать некоторые патентованные препараты.)	$45	$0	$45	$0
Уровень участия в расходах 2 (Предпочтительные патентованные препараты — включает предпочтительные патентованные препараты и может включать некоторые непатентованные препараты.)	25%	20%	25%	20%

Уровень	**Розничная аптека со стандартным участием в расходах (сотрудничающая с планом)** (61–100-дневный запас)	**Привилегированное участие в расходах при розничной покупке (в рамках сети)** (61–100-дневный запас)	**Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах** (61–100-дневный запас)	**Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах** (61–100-дневный запас)
Уровень участия в расходах 3 (Непредпочтительные лекарственные препараты — включает непредпочтительные патентованные и непатентованные препараты.)	41%	41%	41%	41%
Уровень участия в расходах 4 (Инъекционные препараты — включает некоторые лекарственные препараты, которые вводятся инъекционно или используются в качестве профилактики заболеваний (вакцины).)	15%	0%	15%	0%

Уровень	**Розничная аптека со стандартным участием в расходах (сотрудничающая с планом)** (61–100-дневный запас)	**Привилегированное участие в расходах при розничной покупке (в рамках сети)** (61–100-дневный запас)	**Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах** (61–100-дневный запас)	**Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах** (61–100-дневный запас)
Уровень участия в расходах 5 (Уровень специализированных лекарственных препаратов — включает дорогостоящие патентованные и непатентованные лекарственные препараты. На препараты этого уровня не распространяется исключение касательно оплаты на более низком уровне.)	**В отношении препаратов уровня 5 долгосрочный запас не предоставляется.**			

Уровень	**Розничная аптека со стандартным участием в расходах (сотрудничающая с планом)** (61–100-дневный запас)	**Привилегированное участие в расходах при розничной покупке (в рамках сети)** (61–100-дневный запас)	**Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, со стандартным участием в расходах** (61–100-дневный запас)	**Аптека, предлагающая услугу заказа с доставкой по почте, с привилегированным участием в расходах** (61–100-дневный запас)
Уровень участия в расходах 6 (Препараты из особой подборки — включает выбранные непатентованные и/или патентованные лекарственные препараты, используемые для лечения определенных заболеваний.)	$0	$0	$0	$0

Вы будете платить не более $70 за 2-месячный запас и $105 за 3-месячный запас каждого покрываемого инсулинового препарата вне зависимости от его уровня участия в расходах, даже если еще не выплатили не покрываемый страховкой минимум.

Раздел 5.5 Вы находитесь на стадии первоначального страхового покрытия, пока сумма ваших личных расходов за год не достигнет $2,400

Вы находитесь на стадии первоначального страхового покрытия, пока общая сумма ваших личных расходов не достигнет $2,400. Затем вы переходите к стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов.

Мы предлагаем дополнительное покрытие стоимости некоторых рецептурных препаратов, которые обычно не покрываются планом Medicare с покрытием лекарственных препаратов. Выплаты, совершенные за такие лекарства, не идут в счет общей суммы личных расходов.

Отчет «EOB по программе Часть D», который вы получаете, поможет вам отслеживать, сколько вы, наш план и любые другие третьи лица потратили от вашего имени в течение года. Не все участники достигнут лимита личных расходов в размере $2,400 в год.

Мы сообщим вам, если вы достигнете этой суммы. Обратитесь к разделу 1.2 для получения более подробной информации о способе расчета суммы личных расходов по программе Medicare.

РАЗДЕЛ 6 Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов

На стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов вы ничего не платите за покрываемые препараты по программе Часть D. Вы переходите на стадию страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов, когда сумма ваших личных расходов достигает значения $2,400 за календарный год. Перейдя на стадию страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов, вы остаетесь на этой стадии оплаты до конца календарного года.

- На этой стадии оплаты вы ничего не платите за покрываемые лекарства по программе Часть D и за исключенные лекарства, покрываемые в рамках расширенного покрытия.

РАЗДЕЛ 7 Стоимость вакцин по программе Часть D для вас

Важное сообщение о стоимости вакцин для вас. Некоторые вакцины считаются медицинской услугой и покрываются программой Часть B. Другие вакцины считаются лекарствами по программе Часть D. Перечень этих вакцин приводится в Перечне лекарств нашего плана. Наш план покрывает большинство вакцин для взрослых в рамках Части D бесплатно, даже если вы не заплатили не покрываемый страховкой минимум. Обратитесь к Перечню лекарств нашего плана или позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711), чтобы получить подробную информацию о страховом покрытии и доле распределения затрат в отношении конкретных вакцин.

Покрытие расходов на вакцины по программе Часть D состоит из 2 частей:

- Первая часть — это стоимость **самой вакцины**.
- Вторая часть — это стоимость **введения вакцины**. (Иногда это называется «применение» вакцины).

Ваши расходы на вакцину по программе Часть D зависят от 3 факторов:

1. **Рекомендуется ли вакцина для взрослых организацией, называемой Консультативным комитетом по вакцинации (ACIP).**
   - Большинство вакцин для взрослых по программе Часть D рекомендованы ACIP, поэтому вам не придется ничего платить.
2. **Где вы получаете вакцину.**
   - Саму вакцину можно приобрести в аптеке или получить в кабинете врача.

3. **Место проведения вакцинации.**
    - Фармацевт или другой поставщик услуг может ввести вакцину в аптеке. Также поставщик услуг может ввести ее в кабинете врача.

Сумма, которую вы заплатите при получении вакцины в рамках программы Часть D, может меняться в зависимости от обстоятельств и того, на каком **этапе оплаты препаратов** вы находитесь.

- Когда вы будете получать вакцину, вам, возможно, придется заплатить полную стоимость как самой вакцины, так и услуг поставщика, который ее вам вводит. Затем вы можете обратиться к нам с запросом на возмещение нашей части стоимости. В отношении большинства вакцин для взрослых по программе Часть D это означает, что вам компенсируют всю стоимость, которую вы заплатили.

- В других случаях, когда вы получаете вакцину, вы оплачиваете только свою долю расходов по программе Часть D. В случае большинства вакцин по программе Часть D для взрослых вы ничего не платите.

Ниже приводятся 3 примера ситуаций, в которых вам могут ввести вакцину по программе Часть D.

Ситуация 1: Вы получаете вакцину по программе Часть D в сетевой аптеке. (Есть ли у вас такой выбор, зависит от вашего места проживания. В некоторых штатах аптекам запрещено вводить некоторые вакцины.)

- В случае большинства вакцин по программе Часть D для взрослых вы ничего не платите.

- За другие вакцины по программе Часть D вы оплатите аптеке свой дополнительный взнос ИЛИ сделаете доплату за вакцину, которая включает и стоимость ее введения.

- Наш план уплатит остаток стоимости.

Ситуация 2: Вы получаете вакцину по программе Часть D в кабинете врача.

- Когда вы получаете вакцину, вам, возможно, придется оплатить всю стоимость самой вакцины и стоимость услуг поставщика, который будет ее вам вводить.

- Затем вы можете попросить наш план заплатить нашу долю расходов, воспользовавшись процедурами, описанными в главе 7.

- В отношении большинства вакцин для взрослых в рамках программы Часть D это означает, что вам компенсируют всю сумму, которую вы заплатили. За другие вакцины в рамках программы Часть D вам компенсируют сумму, которую вы заплатили, за вычетом вашего дополнительного взноса ИЛИ доплаты за вакцину (включая услугу введения) и разницы между суммой, которую взимает врач, и той, которую

мы обычно платим. (Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь», мы возместим вам эту разницу.)

Ситуация 3: Вы приобретаете саму вакцину по программе Часть D в сетевой аптеке и приносите ее в кабинет врача, где вам ее вводят.

- В случае большинства вакцин по программе Часть D для взрослых вы ничего не платите за саму вакцину.
- За другие вакцины по программе Часть D вы сделаете аптеке доплату ИЛИ дополнительный взнос за саму вакцину.
- Когда врач введет вам вакцину, вам, возможно, придется оплатить всю стоимость этой услуги.
- Затем вы можете попросить наш план заплатить нашу долю расходов, воспользовавшись процедурами в главе 7.
- В отношении большинства вакцин для взрослых в рамках программы Часть D это означает, что вам компенсируют всю сумму, которую вы заплатили. За другие вакцины в рамках программы Часть D вам компенсируют сумму, которую вы заплатили, за вычетом дополнительного взноса за введение вакцины и разницы между суммой, которую взимает врач, и той, которую мы обычно платим. (Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь», мы возместим вам эту разницу.)

ПРИМЕЧАНИЕ. Мы можем не возместить вам полную стоимость, которую вы оплатили в кабинете врача или аптеке, если цена при условии уплаты наличными, которую вы заплатили, превышает нашу согласованную цену (то, что мы обычно платим) за вакцины по программе Часть D.

ГЛАВА 7.
Направление запроса на оплату нашей доли счета за покрываемые медицинские услуги или лекарственные препараты

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

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

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

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

Примеры ситуаций, когда вам может понадобиться направить нам запрос о возмещении выплаты или об оплате полученного вами счета:

Глава 7. Направление запроса на оплату нашей доли счета за покрываемые медицинские услуги или лекарственные препараты

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

- Вы можете получить экстренную и неотложную медицинскую помощь у любого поставщика услуг, независимо от того, входит ли он в нашу сеть. В этих случаях обратитесь к поставщику услуг с запросом о выставлении счета нашему плану.
- Если при получении медицинской помощи вы сами оплачиваете полную стоимость лечения, попросите нас возместить вам нашу долю расходов. Отправьте нам полученный счет вместе с документами, подтверждающими любые произведенные выплаты.
- Вы можете получить от поставщика услуг счет, по которому вы, по вашему мнению, не должны платить. Отправьте нам этот счет вместе с документами, подтверждающими любые произведенные вами выплаты.
    - Если поставщик услуг все еще должен получить какую-то оплату, мы заплатим ему напрямую.
    - Если вы уже заплатили больше своей доли расходов на услугу, мы определим, какую сумму должны возместить вам в качестве нашей доли расходов.

2. Если сетевой поставщик услуг отправляет вам счет, который, по вашему мнению, вы не должны оплачивать

Сетевые поставщики услуг всегда должны выставлять счета напрямую нашему плану страхования. Но иногда они допускают ошибки и просят вас заплатить больше вашей доли расходов.

- При получении покрываемых услуг вы должны оплачивать только свою сумму участия в расходах. Мы не позволяем поставщикам услуг добавлять дополнительные отдельные расходы, называемые **выставлением счетов на остаток суммы**. Эта защита (вы никогда не заплатите больше, чем сумма вашего участия в расходах) применяется даже в том случае, если мы платим поставщику услуг меньше, чем он берет за услугу, и даже если есть спор, и мы не оплачиваем определенные расходы поставщика услуг.
- Каждый раз при получении от сетевого поставщика услуг счета на большую сумму, чем, по вашему мнению, вы должны заплатить, отправьте этот счет нам. Мы свяжемся с поставщиком услуг напрямую и решим проблему с выставлением счета.
- Если вы уже оплатили счет от сетевого поставщика услуг, но считаете, что заплатили слишком много, отправьте нам этот счет вместе с документами, подтверждающими совершенный платеж. Попросите нас возместить вам разницу между уплаченной вами суммой и суммой, которую вы должны выплатить в рамках нашего плана.

3. Вы вступили в наш план страхования задним числом

Иногда регистрация участника в нашем плане осуществляется задним числом. (Это означает, что день вступления в план уже прошел. Возможно, что дата регистрации наступила еще в прошлом году.)

Если вы зарегистрировались для участия в нашем плане задним числом и расходовали личные средства на любые покрываемые услуги или препараты после даты регистрации, вы можете обратиться к нам с запросом на возмещение нашей части расходов. Для оформления возмещения вам необходимо предоставить соответствующие документы, такие как квитанции об оплате и счета.

4. Вы получаете лекарство по рецепту во внесетевой аптеке

Если вы обращаетесь во внесетевую аптеку, она не сможет направить нам страховое требование напрямую. В таком случае вам придется оплатить полную стоимость вашего рецептурного препарата.

Сохраните кассовый чек и пришлите нам его копию, когда будете обращаться с запросом на оплату нашей части расходов. Помните, что мы оплачиваем услуги внесетевых аптек только в ограниченных случаях. Подробнее об этих случаях см. в разделе 2.4 главы 5. Возможно, мы не возместим вам разницу между стоимостью лекарства для вас во внесетевой аптеке и стоимостью, покрываемой нами в сетевой аптеке.

5. Если вы выплачиваете полную стоимость лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту, по причине отсутствия карты участника нашего плана

Если у вас нет с собой карты участника нашего плана, вы можете попросить сотрудника аптеки позвонить в наш план или поискать информацию о регистрации в нашем плане. Если сотрудники аптеки не могут сразу получить необходимую информацию о регистрации, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость лекарства по рецепту самостоятельно.

Сохраните кассовый чек и пришлите нам его копию, когда будете обращаться с запросом на оплату нашей части расходов. Возможно, мы не вернем вам выплаченную вами полную стоимость, если вы заплатили наличными большую сумму, чем согласованная цена для данного рецепта.

6. Если вы выплачиваете полную стоимость лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту, по другой причине

Вы можете оплачивать полную стоимость лекарства по рецепту, если обнаруживаете, что лекарство по какой-то причине не включено в объем страхового покрытия.

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

- Сохраните квитанцию об оплате и пришлите нам ее копию при обращении с запросом на возврат средств. В некоторых случаях нам может понадобиться дополнительная информация от вашего врача, чтобы возместить вам нашу долю расходов на препарат. Возможно, мы не вернем вам выплаченную вами полную стоимость, если вы заплатили наличными большую сумму, чем согласованная цена для данного рецепта.

7. Если вы зарегистрировались для участия в нашем плане задним числом, поскольку имели право на участие в программе California Medi-Cal (Medicaid).

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

Если вы зарегистрировались для участия в нашем плане задним числом и расходовали личные средства на приобретение препаратов после даты регистрации, вы можете обратиться к нам с запросом на возмещение нашей части расходов. Для оформления возмещения вам необходимо предоставить соответствующие документы, такие как квитанции об оплате и счета.

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

Когда вы высылаете нам запрос на оплату, мы рассматриваем его и принимаем решение о возможности покрытия услуги или лекарства. Это называется **решением о страховом покрытии**. Если мы решим, что это должно покрываться, мы оплатим свою долю стоимости услуги или препарата. В случае отклонения вашего запроса на оплату вы можете обжаловать наше решение. Информацию о порядке подачи апелляции см. в главе 9.

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

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

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

- Вы не обязаны использовать форму, но это поможет нам обработать информацию быстрее. Для отправки запросов в отдел возмещения расходов на веб-портале доступны формы страховых требований. Хотя мы настоятельно рекомендуем нашим участникам использовать форму для обеспечения представления всех документов, это не обязательно. Участники также могут отправить копию счета без формы. В любом случае необходимо указать информацию о поставщике услуг, даты оказания услуги, коды Современной врачебной терминологии по процедурам (CPT), если применимо, коды или описания диагнозов и суммы, на которые выставлены счета, а также все имеющиеся медицинские документы и, если необходимо, краткое описание причин, по которым потребовалась помощь. Одновременно со страховым требованием участник должен представить подтверждение оплаты. Подтверждением оплаты является выписка с банковского счета или кредитной карты или копия оплаченного чека.
- Загрузите копию формы с нашего веб-сайта (go.wellcare.com/HealthNetCA) или позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) и попросите форму.

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

Адрес для запросов на оплату
Member Reimbursement Dept
Medical Reimbursement Department
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

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

Адрес для запросов на оплату
лекарств по программе Часть D
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

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

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

- Если мы решим, что медицинское обслуживание или лекарственный препарат подлежит покрытию и вы соблюдали все правила, мы оплатим нашу долю расходов на услугу или лекарственный препарат. Если вы уже оплатили услугу или лекарственный препарат, мы отправим вам возмещение нашей доли расходов по почте. Если вы оплатили полную стоимость препарата, вам, возможно, не будет возмещена вся выплаченная вами сумма (например, если вы получили препарат во внесетевой аптеке или если вы заплатили наличными большую сумму, чем согласованная цена). Если вы еще не оплатили услугу или лекарственный препарат, мы отправим платеж по почте непосредственно поставщику услуг.
- Если мы решим, что медицинское обслуживание или лекарственный препарат *не* подлежит покрытию, или если вы *не* соблюдали все правила, мы не будем оплачивать нашу долю расходов на медицинское обслуживание или лекарственный препарат. Мы пришлем вам письмо с объяснением причин отказа в возмещении расходов, а также ваших прав на обжалование такого решения.

Раздел 3.1 Если мы сообщим вам, что не будем оплачивать медицинское обслуживание или лекарственный препарат полностью или частично, вы можете подать апелляцию

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

ГЛАВА 8.
Ваши права и обязанности

РАЗДЕЛ 1 Наш план должен уважать ваши права и культурные особенности

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, audio, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish, Arabic, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, Farsi, Chinese and audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-800-431-9007 (TTY users call 711).

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

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

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

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que se adapte a usted y a sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un nivel de inglés o una capacidad de lectura limitados, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo), entre otros.

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en idiomas distintos del inglés, incluidos español, árabe, chino, coreano, ruso, tagalo, vietnamita y farsi en formatos de audio, braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo, si los necesita. Estamos obligados a ofrecerle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para recibir información de nuestra parte en un formato que se ajuste a sus necesidades, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

Si no hay proveedores disponibles dentro de la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará la distribución de costos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, llame a nuestro plan para que le informen dónde acudir a fin de recibir este servicio con la distribución de costos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para atenderse con un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame a fin de presentar una queja a Servicios para Miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Office for Civil Rights al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

القسم 1.1 يجب أن نقدم المعلومات بطريقةٍ تناسبك وتكون متوافقة مع الحساسيات الثقافية لديك (بلغات أخرى غير ال نجليزية أو بتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات أخرى بديلة، وغير ذلك)

خطتنا ملزَ مة بضمان أن كل الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم توفيرها بطريقة مناسبة على المستوى الثقافي وتتم إتاحتها لجميع المسجلين، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة ال نجليزية أو ذوي مهارات القراءة المحدودة أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. وتشتمل ال مثلة التي تجسد كيفية تلبية خطتنا لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال ل الحصر، على توفير خدمات الترجمة الكتابية أو خدمات الترجمة الفورية أو المبرقة الكاتبة أو ال تصال عبر TTY (الهاتف النصي أو هاتف المبرقة الكاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية المتاحة لل جابة عن ال سئلة الواردة من ال عضاء غير الناطقين باللغة بلغات غير بلغات غير ال نجليزية، بما في ذلك ال سبانية، والعربية، والصينية، والكورية، والروسية، والتاغالوغية، والفيتنامية، والفارسية، وبتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات بديلة أخرى من دون أي كلفة إذا كنت بحاجة إليها. ونحن ملزمون بتقديم معلوماتٍ لك حول مزايا خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، اتصل بقسم خدمات ال عضاء على الرقم: 1-800-431-9007 (ويمكن لمستخدمي TTY ال تصال بالرقم 711).

خطتنا مطلوبة ل عطاء المُ سجل ت خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي صحة المرأة داخل الشبكة لخدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

وإذا كان مقدمو الرعاية لتخصص معين في شبكة الخطة غير متاحين، فمن مسؤولية الخطة تحديد موقع مقدمي الرعاية المتخصصين من خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية الل زمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط قيمة مشاركة التكلفة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقفٍ ل يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاج إليها، فاتصل بمسؤولي الخطة للحصول على معلوماتٍ حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خل ل مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا واجهتك أي مشكلة في الحصول على معلوماتٍ من خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك، أو في زيارة اختصاصي صحة نسائية أو في العثور على متخصصٍ داخل الشبكة، فيُ رجى ال تصال لتقديم تظلم لدى قسم خدمات ال عضاء. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare من خل ل ال تصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرةً إلى Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019 أو TTY على الرقم 1-800-537-7697.

섹션 1.1 당사는 귀하에게 유용하고 귀하의 문화적 민감성에 맞는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 외의의 언어, 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 기타 대체 형식 등).

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상 서비스가 문화적으로 적합한 방식으로 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있도록 보장해야 합니다. 당사 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역 및 통역 서비스 제공 전신타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

당사 플랜은 비영어 사용 가입자의 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 스페인어, 아랍어, 중국어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 페르시아어를 포함한 영어 이외의 언어 를 포함한 영어 이외의 언어]로 된 자료 및 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 필요한 경우 다른 대체 형식으로 무료 제공해드릴 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 당사 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 당사로부터 정보를 확인하려면 1-800-431-9007 (TTY 사용자: 711)번으로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

당사 플랜은 여성 가입자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스에 대한 네트워크 소속 여성 건강 전문의에 직접 접근할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

전문 분야에 대한 제공자를 당사 플랜의 네트워크에서 찾을 수 없는 경우 필요한 관리를 제공할 네트워크 외부의 전문 제공업체를 찾는 것은 당사 플랜의 책임입니다. 이 경우 네트워크 소속 비용 분담만 납부하게 됩니다. 당사 플랜 네트워크에 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공하는 전문가가 없는 경우 당사 플랜에 전화하여 이 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 정보를 문의하십시오.

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있거나 여성 건강 전문의를 만나거나 네트워크 소속 전문의를 찾는 데 어려움이 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하거나 Office for Civil Rights 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

Раздел 1.1 Мы обязаны предоставлять информацию в удобном для вас формате и в соответствии с вашими культурными особенностями (на языках, отличных от английского, в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.)

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, все услуги, как клинического, так и неклинического характера, должны предоставляться с учетом культурных особенностей и быть доступны всем участникам плана, включая лиц с ограниченным владением английским языком, ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также

лиц различного культурного и этнического происхождения. Примерами того, как наш план страхования может соблюдать эти требования к возможностям доступа, выступают в том числе обязательства предоставлять услуги устного и письменного перевода, телетайпные аппараты или возможность связи по TTY (текстовый телефон или телетайп).

Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы, если вы говорите на языке, отличном от английского. При необходимости мы также можем бесплатно предоставить вам информацию на языках, отличных от английского, включая испанский, арабский, китайский, корейский, русский, тагальский, вьетнамский и фарси, а также в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах. Мы обязаны предоставлять вам информацию об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана в доступном и подходящем для вас формате. Для получения информации в удобном для вас формате позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, участницам плана должна предоставляться возможность обращаться за плановыми и профилактическими услугами напрямую к специалисту по женскому здоровью, представленному в сети плана.
В случае отсутствия в сети нашего плана поставщиков услуг соответствующей специализации наш план страхования несет ответственность за поиск внесетевых специалистов, которые предоставят необходимое обслуживание. В таком случае от вас потребуется оплатить только долю участия в расходах в рамках сети. Если вы оказались в ситуации, когда необходимая вам услуга не оказывается специалистами, представленными в сети нашего плана, позвоните в наш план страхования и запросите информацию о том, куда обратиться за этой услугой, чтобы при этом ваша доля расходов соответствовала доле участия в расходах в рамках сети.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана страхования в доступном и подходящем для вас формате, обращением к специалисту по женскому здоровью или поиском сетевого специалиста, вы можете подать претензию, позвонив в отдел обслуживания участников плана. Кроме того, вы можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), или непосредственно в Office for Civil Rights, позвонив по номеру 1-800-368-1019, TTY: 1-800-537-7697.

Seksyon 1.1 Dapat kaming magbigay ng impormasyon sa paraang madali para sa inyo at naaayon sa inyong mga sensitivity sa kultura (sa mga wika bukod sa Ingles, audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format, atbp.)

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

Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong ng mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Puwede ka rin naming bigyan ng mga impormasyon sa mga wika bukod sa Ingles kasama ang Espanyol, Arabic, Tsino, Koreano, Ruso, Tagalog, Vietnamese, at Farsi at audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format nang libre kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming bigyan kayo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng aming plano sa isang format na accessible at naaangkop para sa inyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana para sa inyo, tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711).

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

Kung walang available na tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano para sa isang specialty, responsibilidad ng aming plano na maghanap ng mga specialty na tagapagbigay ng serbisyong nasa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahagian sa gastos na nasa network lang ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng aming plano na sumasaklaw sa serbisyong kailangan ninyo, tawagan ang aming plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahagian sa gastos na nasa network.

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

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng những hình thức mà quý vị sử dụng được và phù hợp với những khác biệt về văn hóa của quý vị (bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác, v.v.)

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

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi có thể cung cấp thông tin bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Trung, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Farsi và âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ

truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

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

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

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ sử dụng và phù hợp cho quý vị, thăm khám với bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, vui lòng gọi để nộp đơn khiếu nại tới Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp đến Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

بخش 1.1 ما باید اطل عات را به گونه ای ارائه دهیم که برای شما قابل فهم باشد و با حساسیت‌های فرهنگی شما سازگار باشد (به زبان های غیرانگلیسی، به زبان بریل، در قالب فایل صوتی، چاپ با حروف بزرگ، یا سایر قالب‌های جایگزین، و غیره.)

طرح ما حتماً باید اطمینان حاصل کند که همه خدمات چه بالینی و چه غیربالینی به گونه ای ارائه شود که با فرهنگ شما مطابقت داشته باشد و برای همه ثبت‌نام کنندگان قابل دسترس باشد، ازجمله برای کسانی که مهارت زبان انگلیسی و مهارت‌های خواندن محدودی دارند، مشکل شنوایی دارند، یا کسانی که پس‌زمینه فرهنگی و قومی متفاوتی دارند. نمونه هایی از این که طرح ما چطور از چنین الزاماتی برای دسترسی اعضا پیروی می‌کند، شامل و نه محدود به این موارد است: ارائه خدمات ترجمه، خدمات مترجم شفاهی، تله تایپ، یا اتصال TTY (تلفن متنی یا تلفن تله تایپ مخصوص ناشنوایان).

طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوال ت اعضایی است که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند. همچنین می‌توانیم اطل عاتی را به زبان‌های غیر از انگلیسی ازجمله اسپانیایی، عربی، چینی، کره‌ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی و فارسی. به صورت صوتی، خط بریل، در قالب چاپ بزرگ، و یا دیگر فرمت‌های جایگزین بدون هزینه در صورت نیاز به شما ارائه دهیم. ما ملزم هستیم اطل عات مربوط به مزایای طرح را به فرمتی قابل دسترس و مناسب برای شما ارائه کنیم. برای دریافت اطل عات از ما به روشی که برای شما بهتر است، با Member Services (خدمات اعضا) در 1-008-134-7009 (کاربران TTY تماس بگیرند با 711) تماس بگیرید.

طرح ما ملزم است برای ثبت‌نام کنندگان زن امکان دسترسی مستقیم به متخصصین سل مت زن در شبکه، و دسترسی به خدمات پیشگیری مراقبت از سل مت و خدمات معمول زنان را فراهم کند.

اگر ارائه دهندگان در شبکه طرح برای موردی خاص دردسترس نباشند، طرح مسئولیت دارد ارائه دهندگان با تخصص ویژه را در خارج از شبکه پیدا کند تا خدمات ضروری را در اختیار شما قرار دهند. در این شرایط، شما فقط مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه را پرداخت خواهید کرد. اگر در شرایط خاصی هستید که هیچ متخصصی در شبکه حضور ندارد تا خدمات مورد نیاز شما را پوشش دهد، برای اطل ع درباره این که برای دسترسی به این خدمات با مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه باید به کجا مراجعه کنید با طرح تماس بگیرید.

اگر در دسترسی به اطل عات طرح ما به شکلی که برای شما مناسب و قابل فهم باشد، مشکلی دارید، یا در مراجعه به متخصص سل مت زنان یا یافتن متخصص داخل شبکه دچار مشکل شده اید، لطفاً جهت ثبت شکایت‌نامه با خدمات اعضا تماس بگیرید.
همچنین می‌توانید با تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا تماس مستقیم با Office for Civil Rights به شماره 1-800-368-1019 یا TTY 1-800-537-7697 شکایتی را به Medicare ارائه کنید.

第1.1节 我们一定会以适合您以及您的文化的方式提供信息（英语以外的语言、音频、盲文、大字体或其他替代格式等）。我们的计划是确保所有服务（包括临床和非临床服务）均以文化上合格的方式提供，并可供所有参保者使用，包括英语水平有限，阅读技能有限，听力丧失能力或具有不同文化和种族背景的人士。我们的计划如何满足这些无障碍要求的示例包括但不限于提供翻译服务，口译服务，电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）连接。

我们的计划提供免费的口译服务，解答非英语会员的问题。我们还可以在 提供英文以外的其他语言，包括西班牙语、阿拉伯语、韩语、俄语、塔加拉语、越南语、波斯语和简体中文。音频，盲文，大字体印刷或其他备用格式（如果需要），无需付费。我们需要以您易懂且适合您的方式向您提供有关我们的计划福利的信息。要以适合您的方式从我们获取信息，请致电会员服务部门，电话：1-800-431-9007（TTY 用户呼叫 711）。

我们的计划要求为女性参保者提供直接联系网络内女性健康专科医生以获得女性常规和预防性保健服务的选择。

如果我们计划的专业网络中的提供商不可用，我们计划有责任找到网络外的专业提供商，他们将为您提供必要的护理。在这种情况下，您只需支付网络内成本分摊。如果您发现我们的计划网络中没有专科医生提供您所需的服务，请致电我们的计划以获取有关在哪里以网络内费用分摊的方式获得此项服务的信息。

如果您在以适合您的方式获取我们计划的信息、咨询女性健康专科医生或寻找网络内 专科医生时遇到任何问题，请致电向会员服务部提出申诉。您还可以通过拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投诉或直接拨打Office for Civil Rights 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

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

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

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

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

Раздел 1.3 Мы обязаны защищать конфиденциальность вашей личной информации о здоровье

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

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

Способы обеспечения конфиденциальности вашей медицинской информации

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

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

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

Вы имеете право знать, как информация о состоянии вашего здоровья передавалась другим лицам в каких-либо целях, которые не являются обычными.

Если у вас есть вопросы или опасения по поводу конфиденциальности вашей личной информации о здоровье, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

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

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

Если вам нужна какая-либо информация следующих видов, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711):

- **Информация о нашем плане страхования.** Сюда относится, например, информация о финансовом положении нашего плана.
- **Информация о нашей сети поставщиков услуг и аптек.** Вы имеете право получать информацию о квалификации поставщиков услуг и аптек, входящих в нашу сеть, и о том, как мы оплачиваем услуги поставщиков, входящих в нашу сеть.
    - Вы можете обратиться в отдел обслуживания участников плана за дополнительной информацией о поставщиках услуг нашей сети, включая сведения об их квалификации, образовании, факте окончания ординатуры и профессиональной сертификации. Наиболее актуальную информацию об изменениях, внесенных в список сотрудничающих с планом поставщиков услуг, можно узнать в отделе обслуживания участников плана или на веб-сайте. Эту информацию можно найти на нашем веб-сайте по адресу go.wellcare.com/2027providerdirectories.
- **Информация о предоставленном вам страховом покрытии и правилах, которые следует соблюдать при его использовании.** Главы 3 и 4 содержат информацию о медицинском обслуживании. Информация о страховом покрытии лекарств по программе Часть D приведена в главах 5 и 6.
    - **Примечание.** Наш план не выплачивает вознаграждение практикующим врачам, поставщикам услуг или сотрудникам, регламентирующим применение препаратов, в том числе сотрудникам делегированных организаций. Принятие решений в рамках управления применением страхового покрытия (UM) основывается только на целесообразности предоставления услуг и наличии покрытия. Кроме того, план не предусматривает специального поощрения практикующих врачей или других лиц за выдачу отказов в страховом покрытии. Финансовые поощрения для лиц, принимающих решения в рамках UM, не способствуют принятию решений, приводящих к применению страхового покрытия в меньшем объеме.
- **Информация о причинах исключения услуги или товара из страхового покрытия и о ваших возможных действиях в таких случаях.** Информация о процедуре обращения по поводу предоставления письменного объяснения причин, по которым медицинская

услуга или лекарственный препарат по программе Часть D не покрываются или их покрытие ограничено, приведена в главе 9. В главе 9 также содержится информация о том, как обратиться к нам с запросом об изменении решения (другое название — подать апелляцию).

Раздел 1.5 Вы имеете право знать о вариантах вашего лечения и участвовать в принятии решений о вашем медицинском обслуживании

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

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

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

У вас есть право давать указания о том, что необходимо делать, если вы не можете самостоятельно принимать медицинские решения

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

- Заполнить письменную форму о предоставлении **какому-либо лицу законных полномочий на принятие медицинских решений за вас**, если вы когда-нибудь утратите способность самостоятельно принимать решения.

- **Дать вашим врачам письменные указания** о предпочтительном для вас порядке осуществления ими вашего медицинского обслуживания, если вы утратите способность самостоятельно принимать решения.

Юридические документы, которые вы можете использовать, чтобы заранее дать указания для таких ситуаций, называются **предварительными распоряжениями.** Примерами предварительных распоряжений являются **завещание о жизни** и **доверенность на принятие решений о медицинском обслуживании**.

Как составить предварительное распоряжение для предоставления указаний:

- **Получите форму.** Форму предварительного распоряжения можно получить у своего юриста, социального работника или в некоторых магазинах канцелярских товаров. Иногда форму предварительного распоряжения можно получить в организациях, предоставляющих населению информацию о программе Medicare.
- **Заполните и подпишите форму.** Независимо от того, где вы получили эту форму, она является юридическим документом. Подумайте об обращении к юристу для получения помощи при его составлении.
- **Предоставьте экземпляры формы нужным людям.** Предоставьте экземпляр формы своему врачу и лицу, указанному в форме в качестве человека, которому вы доверяете принимать за вас решения в случае вашей недееспособности. Возможно, вы захотите предоставить несколько экземпляров близким друзьям или родственникам. Сохраните один экземпляр у себя дома.

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

- В больнице вас спросят, подписали ли вы форму предварительного распоряжения и взяли ли вы ее с собой.
- Если вы не подписывали форму предварительного распоряжения, в больнице вам предложат заполнить и подписать ее, если вы хотите.

Заполнение предварительного распоряжения — это ваш выбор (в том числе подписывать ли такую форму, если вы находитесь в больнице). По закону никто не может отказывать вам в предоставлении медицинской помощи или проявлять по отношению к вам дискриминацию на основании наличия или отсутствия подписанного вами предварительного распоряжения.

Если ваши указания не выполняются

Если вы подписали предварительное распоряжение и полагаете, что врач или персонал больницы не выполняют содержащиеся в нем указания, вы можете подать жалобу в Управление генерального прокурора штата California по телефону 1-916-210-6276. При использовании TTY набирайте 711 или посетите веб-сайт https://oag.ca.gov/consumers/general/care.

Раздел 1.6 Вы имеете право подавать жалобы и обращаться к нам с запросом на пересмотр принятых решений

Если у вас возникли какие-либо проблемы, опасения или жалобы и вам необходимо запросить страховое покрытие или подать апелляцию, в главе 9 настоящего документа рассказывается о возможных действиях. Независимо от того, что вы делаете — обращаетесь за решением о покрытии, подаете апелляцию или жалобу, — **мы обязаны действовать честно по отношению к вам.**

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

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

Раздел 1.8 Оценка новых технологий

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

При отсутствии решения Medicare о покрытии наш план оценивает возможность включения в покрытие новых технологий или новых способов применения существующих технологий, чтобы обеспечить участникам наших планов доступ к безопасному и эффективному лечению. При этом критически оценивается опубликованная на данный момент медицинская литература, в частности публикации, прошедшие экспертную оценку, включая системные обзоры, рандомизированные контролируемые испытания, групповые исследования, исследования методом случай-контроль, диагностические исследования со статистически значимыми результатами, подтверждающими безопасность и эффективность, и обзоры руководств, основанных на доказательных данных и разрабатываемых национальными организациями и уполномоченными органами. Наш план также учитывает мнения, рекомендации и оценки практикующих врачей, национально признанных медицинских ассоциаций, в том числе специализированных обществ врачей, консенсус-групп и других национально признанных организаций по исследованиям или оценке технологий, а также отчеты и публикации государственных учреждений, например управления Food and Drug Administration (FDA), Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC) и Национальных институтов здравоохранения (NIH).

Раздел 1.9 Если вы считаете, что к вам относятся несправедливо, или что ваши права не соблюдаются

Если вы полагаете, что несправедливое отношение к вам или несоблюдение ваших прав обусловлено вашей расовой принадлежностью, ограниченными возможностями, вероисповеданием, полом, состоянием здоровья, этнической принадлежностью, верованиями (убеждениями), возрастом или национальным происхождением, позвоните в **Управление по гражданским правам** Министерства здравоохранения и социального обеспечения по номеру 1-800-368-1019 (при использовании TTY набирайте 1-800-537-7697) или обратитесь в местное отделение Управления по гражданским правам. Вы имеете право на уважительное отношение к вам и признание вашего достоинства.

Если вы считаете, что с вами обошлись несправедливо или ваши права не соблюдаются, *но* причина *не* в дискриминации, вы можете получить помощь в решении возникшей у вас проблемы в следующих местах:

- **Позвоните в отдел обслуживания участников нашего плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711)**
- **Позвоните в местную SHIP** по номеру 1-800-434-0222
- **Позвоните в программу Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (при использовании TTY набирайте 1-877-486-2048)

Раздел 1.10 Получение дополнительной информации о ваших правах

Получите дополнительные сведения о своих правах в следующих местах:

- **Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711)**
- **Позвоните в местную SHIP** по номеру 1-800-434-0222
- **Свяжитесь с программой Medicare**
    - Посетите веб-сайт Medicare.gov, чтобы ознакомиться с публикацией *Medicare Rights & Protections* (доступна по адресу Medicare Rights & Protections)
    - Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (при использовании TTY набирайте 1-877-486-2048)

РАЗДЕЛ 2 Ваши обязанности как участника нашего плана

Вам как участнику нашего плана необходимо выполнять следующее. Если у вас возникли вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

- **Ознакомьтесь с услугами, включенными в объем страхового покрытия, и правилами, которые следует соблюдать при получении этих услуг.** Воспользуйтесь настоящим *Документом об объеме страховой ответственности страховщика*, чтобы узнать о покрываемых услугах и о правилах, которые вы должны соблюдать для их получения.
    - В главах 3 и 4 приводится подробная информация о медицинских услугах.
    - В главах 5 и 6 приводится подробная информация о покрытии лекарственных препаратов по программе Часть D.
- **Если у вас есть какая-либо другая медицинская страховка или покрытие расходов на лекарственные препараты помимо нашего плана, вы обязаны сообщить нам об этом.** В главе 1 рассказывается о координации этих услуг.
- **Сообщите вашему врачу и другим поставщикам услуг, что вы являетесь участником нашего плана.** Предъявляйте нашу карту участника плана страхования и свою карту участника программы California Medi-Cal (Medicaid) каждый раз, когда получаете медицинскую помощь или лекарственные препараты по программе Часть D.
- **Помогайте своим врачам и другим поставщикам услуг — предоставляйте им информацию, задавайте вопросы и соблюдайте предписания.**
    - Чтобы получить наилучшее обслуживание, сообщайте врачам и другим поставщикам медицинских услуг о своих проблемах со здоровьем. Следуйте планам лечения и предписаниям, согласованным с вашими врачами.
    - Позаботьтесь о том, чтобы ваши врачи знали, какие препараты вы принимаете, включая безрецептурные препараты, витамины и пищевые добавки.
    - Если у вас возникнут вопросы, обязательно задайте их, и вы получите понятный ответ. Вы несете ответственность за то, чтобы вникать в суть своих медицинских проблем и устанавливать цели лечения совместно со своим врачом.
- **Будьте тактичны.** Мы ожидаем, что участники нашего плана будут уважать права других пациентов. Мы также ожидаем, что вы будете вести себя так, чтобы способствовать бесперебойной работе кабинета врача, больницы и других учреждений.
- **Оплачивайте то, что вы обязаны оплатить.** Как участник плана вы несете ответственность за следующие платежи:
    - Вы должны продолжать вносить свои страховые взносы по программе Medicare, чтобы оставаться участником нашего плана.
    - В отношении большинства своих медицинских услуг или лекарственных препаратов, покрываемых нашим планом, вы должны уплатить свою долю расходов при получении услуги или препарата.
- **Если вы переезжаете *в пределах* зоны обслуживания нашего плана страхования, мы должны об этом знать,** чтобы мы могли обеспечивать актуальность ваших данных участника плана и знали, как с вами связаться.
- **Если вы переедете *за пределы* зоны обслуживания нашего плана, вы не сможете оставаться участником нашего плана.**
- **В случае переезда уведомите Службу социального обеспечения (или Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта).**

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

РАЗДЕЛ 1 Порядок действий при наличии проблемы или вопроса

В этой главе объясняются процедуры урегулирования проблем и вопросов. Процедура, которую вы используете для решения своей проблемы, зависит от 2 факторов:

1. Являются ли источником проблемы медицинские услуги, покрываемые программой **Medicare** или **Medicaid**. Если вам нужна помощь, чтобы понять, использовать ли процедуру для программы Medicare, процедуру для программы California Medi-Cal (Medicaid) или и ту, и другую, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

2. Тип проблемы, с которой вы столкнулись:

    - В некоторых случаях необходимо использовать **процедуру обращения по поводу решений о покрытии и подачи апелляций**.

    - Для решения других проблем необходимо воспользоваться **процедурой подачи жалоб**, которые также называются претензиями.

Обе процедуры одобрены программой Medicare. Для каждой процедуры предусмотрен набор правил, процессов и установленных сроков, которые должны соблюдать как мы, так и вы.

Информация, содержащаяся в этой главе, поможет вам определить, какая из процедур вам подходит и какие действия предпринять.

Раздел 1.1 Юридические термины

Для некоторых правил, процедур и типов сроков, описанных в этой главе, существуют специальные юридические термины. Многие из них незнакомы большинству людей. Для облегчения понимания в этой главе вместо некоторых юридических терминов используются более знакомые слова.

Однако иногда важно знать правильные юридические термины. Чтобы помочь вам узнать, какие термины следует использовать для получения нужной помощи или информации, мы используем эти юридические термины в описании порядка урегулирования конкретных ситуаций.

РАЗДЕЛ 2 Где получить дополнительную информацию и персонализированную помощь

Мы всегда готовы вам помочь! Даже если у вас есть жалоба в отношении нашего обращения с вами, мы обязаны соблюдать ваше право на подачу жалобы. Вы всегда должны звонить в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) за получением помощи. В некоторых ситуациях вам, возможно, также захочется получить помощь или консультацию от лиц, не связанных с нами. Две организации, которые могут помочь:

Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP).

В каждом штате существует государственная программа, в рамках которой работают подготовленные консультанты. Программа никак не связана ни с нами, ни с какой-либо другой страховой компанией или планом медицинского страхования. Консультанты-сотрудники программы могут помочь вам понять, какую процедуру вам следует выбрать для решения вашей проблемы. Кроме того, они могут ответить на вопросы, предоставить вам дополнительную информацию и проконсультировать по поводу дальнейших действий.

Услуги консультантов программы SHIP предоставляются бесплатно.
Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California:
1-800-434-0222, при использовании TTY набирайте 1-800-735-2929
С понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 4:00 p.m. по местному времени

Medicare

Вы также можете обратиться за помощью в программу Medicare:

- Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Посетите веб-сайт Medicare.gov.

Вы можете получить помощь и информацию от программы California Medi-Cal (Medicaid).

	Программа California Medi-Cal (Medicaid) — контактная информация
Тел.	1-800-541-5555 1-916-636-1980 1-916-449-5000 С понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. PT

	Программа California Medi-Cal (Medicaid) — контактная информация
TTY	1-800-430-7077 Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
Вы можете написать по адресу	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
Веб-сайт	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal-resources/

РАЗДЕЛ 3 Какую процедуру использовать для решения вашей проблемы

Поскольку вы являетесь участником программы Medicare и получаете помощь по программе California Medi-Cal (Medicaid), вы можете использовать разные процедуры для решения своей проблемы или жалобы. Ваш выбор будет зависеть от того, что является источником проблемы, — медицинские услуги, покрываемые по программе Medicare или по программе California Medi-Cal (Medicaid). Если ваша проблема связана с услугой, покрываемой программой Medicare, воспользуйтесь процедурой для программы Medicare. Если ваша проблема связана с услугой, покрываемой программой California Medi-Cal (Medicaid), воспользуйтесь процедурой California Medi-Cal (Medicaid). Если вам нужна помощь, чтобы понять, использовать ли процедуру для программы Medicare, процедуру для программы California Medi-Cal (Medicaid) или и ту, и другую, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

Процедуры для программ Medicare и California Medi-Cal (Medicaid) описаны в разных разделах настоящей главы. Чтобы узнать, к какому разделу обращаться, воспользуйтесь приведенной ниже таблицей.

Ваша проблема связана с покрытием по программе Medicare или California Medi-Cal (Medicaid)?

Моя проблема связана с медицинскими услугами, покрываемыми программой **Medicare**.

Перейдите в **раздел 4 «Решение проблем, связанных с услугами по программе Medicare».**

Моя проблема связана с покрытием по программе **California Medi-Cal (Medicaid)**.

Перейдите к **разделу 12 «Решение проблем, связанных с услугами по программе California Medi-Cal (Medicaid)».**

РАЗДЕЛ 4 Решение проблем, связанных с услугами по программе Medicare

Связана ли ваша проблема или вопрос с покрываемыми услугами или страховым покрытием?

Сюда относятся проблемы, связанные с тем, покрывается ли медицинское обслуживание (медицинские товары, услуги и/или препараты по программе Часть B), каким образом оно покрывается, а также проблемы, связанные с оплатой медицинского обслуживания.

Да.

Перейдите в **раздел 5 «Рекомендации для принятия решений о предоставлении страхового покрытия и подаче апелляций».**

Нет.

См. **Раздел 11 «Порядок подачи жалобы на качество услуг, время ожидания, работу отдела обслуживания клиентов или по другим вопросам».**

Решения о страховом покрытии и апелляции

РАЗДЕЛ 5 Рекомендации для принятия решений о предоставлении страхового покрытия и подачи апелляций

Решения о страховом покрытии и апелляции касаются проблем, связанных с вашими услугами и покрытием медицинского обслуживания (услуги, товары и лекарственные препараты по программе Часть B, включая оплату). Для простоты понимания мы обычно называем медицинские товары, услуги и лекарственные препараты по программе Medicare Part B **медицинским обслуживанием**. Вы можете использовать процедуры принятия решения о страховом покрытии и подачи апелляции, когда не уверены в наличии или характере покрытия какой-либо услуги или товара.

Запрос решений о предоставлении страхового покрытия до получения услуг

Если вы хотите узнать, будем ли мы покрывать медицинскую услугу, прежде чем вы ее получите, вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии. Решение о покрытии представляет собой решение, которое мы принимаем в отношении ваших льгот и страхового покрытия либо в отношении суммы, которую мы выплачиваем за ваше медицинское обслуживание. Например, если представленный в сети нашего плана врач направляет вас к медицинскому специалисту, не входящему в сеть, такое направление считается положительным решением о покрытии, если только вы или ваш сетевой врач не докажете, что вы получили

стандартное уведомление об отказе от этого специалиста, или если в *Документе об объеме страховой ответственности страховщика* не будет четко указано, что услуга, для получения которой выдано направление, не покрывается ни при каких условиях. Вы или ваш врач также можете связаться с нами и попросить принять решение о страховом покрытии, если ваш врач не уверен в том, что мы будем покрывать ту или иную медицинскую услугу, или отказывается предоставить медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, вам необходимо.

В ограниченных обстоятельствах запрос на предоставление решения о покрытии может быть отклонен, что означает, что мы не будем рассматривать этот запрос. К примерам запросов, которые будут отклонены, относится следующее: запрос неполон; запрос подается от вашего имени другим лицом, не уполномоченным на это по закону; вы отзываете свой запрос. Если мы отклоним запрос на предоставление решения о покрытии, мы отправим уведомление, в котором объясним, почему запрос был отклонен и как попросить о пересмотре решения об отклонении.

Мы принимаем решение о страховом покрытии каждый раз, когда решаем, что покрывается в вашем случае и сколько мы должны заплатить. В некоторых случаях мы можем принять решение о непредоставлении или прекращении покрытия для вас медицинского обслуживания. Если вы не согласны с таким решением о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию.

Подача апелляции

Если мы приняли решение о страховом покрытии, будь то до или после получения услуги, но оно вас не устраивает, вы можете **обжаловать** это решение. Апелляция — это официальный способ обратиться к нам с запросом пересмотреть и изменить принятое нами решение о страховом покрытии. При определенных обстоятельствах вы можете запросить ускоренную или **срочную апелляцию** относительно решения о страховом покрытии. Ваша апелляция рассматривается другими специалистами, а не теми, кто принимал первоначальное решение.

Первоначальное обжалование решения называется апелляцией 1-го уровня. В ходе такой апелляции мы анализируем принятое нами решение о страховом покрытии и проверяем, все ли правила были соблюдены нами надлежащим образом. По окончании рассмотрения мы сообщаем вам о своем решении.

В ограниченных обстоятельствах запрос на апелляцию 1-го уровня может быть отклонен, что означает, что мы не будем рассматривать этот запрос. К примерам запросов, которые будут отклонены, относится следующее: запрос неполон; запрос подается от вашего имени другим лицом, не уполномоченным на это по закону; вы отзываете свой запрос. Если мы отклоним запрос на апелляцию 1-го уровня, мы отправим вам уведомление, в котором объясним, почему запрос был отклонен и как попросить о пересмотре решения об отклонении.

Если мы полностью или частично откажем вам в удовлетворении апелляции 1-го уровня в отношении медицинского обслуживания, ваша апелляция автоматически перейдет на 2-й уровень апелляционного процесса и будет рассматриваться независимой экспертной организацией, не связанной с нами.

- Вам не нужно выполнять никаких действий для подачи апелляции 2-го уровня. Согласно правилам Medicare мы автоматически направляем вашу апелляцию по поводу медицинского обслуживания на 2-й уровень процедуры апелляции, если мы не полностью согласны с вашей апелляцией 1-го уровня.

- Более подробная информация об апелляциях 2-го уровня на медицинское обслуживание приведена в **разделе 6.4**.
- Сведения об апелляциях по программе Часть D представлены в разделе 7.

Если вас не устраивает решение, принятое по результатам апелляции 2-го уровня, вы имеете возможность продолжить попытки обжалования на следующих уровнях (подробную информацию о процедурах подачи апелляции 3-го, 4-го и 5-го уровней см. в данной главе).

Раздел 5.1 Получение помощи при запросе решений о предоставлении страхового покрытия и подаче апелляций

Ниже перечислены ресурсы, которыми вы можете воспользоваться в случае подачи запроса на принятие решения о страховом покрытии или при обжаловании такого решения:

- **Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711)**
- **Получите бесплатную помощь** от Программы помощи по вопросам медицинского страхования штата
- **Ваш врач может сделать запрос за вас.** Если ваш врач помогает вам с подачей апелляции уровня выше 2-го, его или ее нужно назначить вашим представителем. Позвоните в отдел обслуживания участников плана и попросите форму *назначения представителя* (форма также доступна по адресу CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или на нашем веб-сайте по адресу go.wellcare.com/HealthNetCA)
    - В отношении медицинского обслуживания ваш врач может направить запрос на получение решения о покрытии или подать апелляцию 1-го уровня от вашего имени. Если ваша апелляция 1-го уровня отклонена, она автоматически направляется на 2-й уровень.
    - В отношении лекарственных препаратов по программе Часть D ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, может направить запрос на получение решения о покрытии или подать апелляцию 1-го уровня от вашего имени. Если ваша апелляция 1-го уровня отклонена, ваш врач или лицо, выписывающее лекарство, может подать апелляцию 2-го уровня.
- **Вы можете попросить кого-то действовать от своего имени.** Вы можете назначить другого человека своим представителем, который может от вашего имени запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию.
    - Если вы хотите, чтобы вас представлял ваш друг, родственник или кто-нибудь еще, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) и попросите форму *«Назначение представителя»*.

(Форма также доступна по адресу CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или на нашем веб-сайте по адресу go.wellcare.com/HealthNetCA.) Эта форма разрешает этому лицу действовать от вашего имени. Она должна быть подписана вами и лицом, которое вы назначаете в качестве своего представителя. Вы должны предоставить нам копию подписанной формы.

- Мы можем принять запрос на апелляцию от представителя без наличия формы, но мы не сможем завершить рассмотрение, пока не получим ее. Если мы не получим эту форму до нашего крайнего срока принятия решения по апелляции, запрос на апелляцию будет отклонен. В этом случае мы отправим вам письменное уведомление с разъяснением вашего права обратиться в независимую экспертную организацию с запросом на пересмотр нашего решения об отклонении вашей апелляции.

- **Вы также имеете право нанять адвоката.** Вы можете обратиться к своему собственному юристу либо найти юриста из местной коллегии юристов или по рекомендации другой справочной службы. Существуют организации, которые могут предоставить вам бесплатные юридические услуги, если вы соответствуете определенным критериям. Однако **вы не обязаны нанимать юриста**, чтобы запросить какое-либо решение о страховом покрытии или подать апелляцию на решение.

Раздел 5.2 Правила и сроки рассмотрения для различных ситуаций

Существует 4 различных типа ситуаций, которые включают решения о покрытии и апелляции. Для каждой ситуации предусмотрены разные правила и сроки. Мы предоставляем подробную информацию о каждой из этих ситуаций:

- **Раздел 6.** Ваше медицинское обслуживание: как направить запрос по поводу решения о покрытии или подать апелляцию

- **Раздел 7.** Лекарственные препараты по программе Часть D: как направить запрос по поводу решения о покрытии или подать апелляцию

- **Раздел 8.** Как попросить нас покрыть дальнейшее пребывание в стационаре больницы, если вы считаете, что вас выписывают преждевременно

- **Раздел 9**. Как попросить нас продолжить покрывать определенные медицинские услуги, если вы считаете, что ваше покрытие заканчивается преждевременно (*Действует только в отношении следующих услуг*: медицинский уход на дому, квалифицированный сестринский уход и услуги центра комплексной амбулаторной реабилитации (CORF))

Если вы не уверены, какая информация относится к вам, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711). Вы также можете получить помощь или информацию в вашей программе SHIP.

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

Раздел 6.1 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 расходы на ваше медицинское обслуживание

Ваши услуги в рамках медицинского обслуживания описаны в главе 4 в таблице страхового покрытия. В некоторых случаях в отношении запроса на возмещение расходов на препараты по программе Часть B действуют другие правила. В этих случаях мы объясним вам, чем правила покрытия лекарственных препаратов по программе Часть B отличаются от правил, распространяющихся на медицинские товары и услуги.

В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в одной из 5 описанных ниже ситуаций:

1. Вы не получаете определенные желаемые медицинские услуги и считаете, что наш план покрывает данное медицинское обслуживание. **Подайте запрос на решение о страховом покрытии. Раздел 6.2.**

2. Наш план не одобряет медицинское обслуживание, которое ваш врач или другой поставщик медицинских услуг хочет вам предоставить, и вы считаете, что наш план покрывает данное медицинское обслуживание. **Подайте запрос на решение о страховом покрытии. Раздел 6.2.**

3. Вы получили медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, наш план должен покрывать, но мы сообщили, что не будем оплачивать это обслуживание. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**

4. Вы получили и оплатили медицинское обслуживание, которое, как вы считаете, должно покрываться нашим планом, и вы хотите обратиться к нам с запросом на возмещение ваших расходов на данное обслуживание. **Отправьте нам счет. Раздел 6.5.**

5. Вам сообщают, что покрытие некоторых видов медицинского обслуживания, которые вы получали и которые мы ранее одобрили, будет сокращено или прекращено, и вы считаете, что сокращение или прекращение такого обслуживания может нанести вред вашему здоровью. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**

Примечание. Если покрытие, которое будет прекращено, касается услуг стационарного лечения в больнице, медицинского обслуживания на дому, обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода или центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF), перейдите в разделы 8 и 9. К этим видам обслуживания применяются особые правила.

Раздел 6.2 Как направить запрос по поводу решения о страховом покрытии

Юридические термины:

Решение о страховом покрытии, которое затрагивает ваше медицинское обслуживание, называется **заключением организации**.

Другое название срочного решения о страховом покрытии — **ускоренное заключение**.

Шаг 1. Решите, нужно ли вам стандартное или срочное решение о покрытии.

Стандартное решение о страховом покрытии обычно выносится в течение 7 календарных дней, когда медицинский товар или услуга подпадает под действие наших правил получения предварительного разрешения, в течение 14 календарных дней для всех остальных товаров и услуг или в течение 72 часов для лекарственных препаратов по программе Часть B. Срочное решение о покрытии обычно принимается в течение 72 часов для медицинских услуг или 24 часов для лекарственных препаратов по программе Часть B. Вы имеете право на ускоренное принятие решения о страховом покрытии, только если использование стандартных сроков может стать причиной серьезного ущерба вашему здоровью или помешать вашей способности восстановить функции.

Если ваш врач сообщит нам, что состояние вашего здоровья требует срочного решения о страховом покрытии, мы автоматически согласимся на ускоренное рассмотрение.

Если вы запрашиваете срочное решение о страховом покрытии самостоятельно (без поддержки вашего врача), мы сами решим, требуется ли ускоренное принятие решения в связи с состоянием вашего здоровья. Если мы не одобрим срочное решение о страховом покрытии, мы направим вам письмо, в котором будет указано следующее:

- Объяснение того, что мы будем использовать стандартные сроки рассмотрения.
- Объяснение того, что мы автоматически согласимся на ускоренное рассмотрение, если ваш врач запросит срочное решение о страховом покрытии.
- Объяснение того, что вы можете подать срочную жалобу по нашему решению предоставить стандартное решение о покрытии вместо запрошенного вами срочного решения о страховом покрытии.

Шаг 2. Запросите у нашего плана страхования решение о покрытии или срочное решение о покрытии.

- Для начала направьте запрос в наш план (по телефону, письмом или по факсу), чтобы мы смогли одобрить или обеспечить покрытие необходимого вам медицинского обслуживания. Это можете сделать вы, ваш врач или ваш представитель. Контактная информация представлена в главе 2.

Шаг 3. Мы рассмотрим ваш запрос на покрытие медицинского обслуживания и дадим вам ответ.

В случае стандартных решений о покрытии мы придерживаемся стандартных сроков рассмотрения.

Это означает, что мы дадим вам ответ в течение 7 календарных дней после получения вашего запроса на медицинское изделие или услугу, на которые распространяются наши правила получения предварительного разрешения. Если запрашиваемый вами медицинский товар или услуга не подпадает под действие наших правил получения предварительного разрешения, мы предоставим вам ответ в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса. Если ваш запрос касается покрытия лекарственного препарата по программе Часть B, мы предоставим вам ответ в течение 72 часов после получения вашего запроса.

- **Но** если вы запросите больше времени или если нам потребуется дополнительная информация, которая может использоваться в ваших интересах, рассмотрение запроса на покрытие медицинского товара или услуги **может занять у нас еще до 14 календарных дней**. Мы сообщим вам в письменной форме, если решим продлить срок принятия решения. Если ваш запрос касается лекарственного препарата по программе Часть B, мы не можем продлить срок принятия решения.

- Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, вы можете подать *срочную жалобу*. Мы предоставим ответ по вашей жалобе сразу же после принятия решения. (Процедура подачи жалобы отличается от процедуры подачи запросов относительно принятия решения о страховом покрытии и апелляций. Информация о жалобах приведена в разделе 11 настоящей главы.)

В случае срочных решений о покрытии мы придерживаемся сроков ускоренного рассмотрения.

Срочное решение о покрытии означает, что мы предоставим вам ответ в течение 72 часов, если ваш запрос касается медицинского товара или услуги. Если ваш запрос касается покрытия лекарственного препарата по программе Часть B, мы предоставим вам ответ в течение 24 часов.

- **Но** если вы запросите больше времени или если нам потребуется дополнительная информация, которая может использоваться в ваших интересах, нам **может потребоваться еще до 14 календарных дней**. Мы сообщим вам в письменной форме, если решим продлить срок принятия решения. Если ваш запрос касается лекарственного препарата по программе Часть B, мы не можем продлить срок принятия решения.

- Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, вы можете подать *срочную жалобу*. (Информацию о жалобах см. в разделе 11.) Мы позвоним вам, как только примем решение.

- Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос, вы получите письменное обоснование нашего отрицательного ответа.

Шаг 4. Если мы даем отрицательный ответ на ваш запрос на покрытие медицинского обслуживания, вы можете подать апелляцию.

В случае нашего отказа вы имеете право обратиться к нам с запросом о пересмотре этого решения посредством подачи апелляции. Это означает повторное обращение с просьбой предоставить желаемое страховое покрытие медицинского обслуживания. Если вы подаете апелляцию, она передается на 1-й уровень рассмотрения.

Раздел 6.3 Как подать апелляцию 1-го уровня

Юридические термины:

Обращение к нашему плану страхования с апелляцией по поводу решения о страховом покрытии медицинского обслуживания называется **пересмотром** решения планом.

Другое название срочной апелляции — **пересмотр в ускоренном порядке**.

Шаг 1. Решите, нужна ли вам стандартная апелляция или срочная апелляция.

Решение по стандартной апелляции обычно принимается в течение 30 календарных дней или 7 календарных дней для лекарственных препаратов по программе Часть B. Решение по срочной апелляции обычно принимается в течение 72 часов.

- Если вы подаете апелляцию в отношении решения о покрытии медицинского обслуживания, вам и (или) вашему врачу необходимо решить, нужна ли вам срочная апелляция. Мы рассмотрим вашу срочную апелляцию, если ваш врач считает, что этого требует состояние вашего здоровья.
- Требования к подаче срочной апелляции соответствуют требованиям к запросу о срочном решении о страховом покрытии, изложенным в разделе 6.2 настоящей главы.

Шаг 2. Подайте в наш план страхования апелляцию или срочную апелляцию.

- **Если вы обращаетесь с запросом на рассмотрение стандартной апелляции, подайте вашу стандартную апелляцию в письменном виде.** Вы также можете подать апелляцию, просто позвонив нам. Контактная информация представлена в главе 2.
- **Если вы запрашиваете срочную апелляцию, подайте вашу апелляцию в письменном виде или позвоните нам.** Контактная информация представлена в главе 2.
- **Вы должны подать свой запрос на апелляцию в течение 65 календарных дней** с даты присланного вам письменного уведомления, содержащего решение о страховом покрытии. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, объясните причину опоздания при подаче апелляции. Мы можем предоставить вам больше времени для

подачи апелляции. Примеры уважительных причин могут включать наличие тяжелого заболевания, помешавшего вам связаться с нами, или получение от нас неточной или неполной информации о сроках подачи апелляции.

- **Вы можете запросить копию информации, касающейся вашего медицинского решения. Вы и ваш врач можете предоставить дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.**

Шаг 3. Мы рассматриваем вашу апелляцию и даем вам ответ.

- При рассмотрении апелляции мы еще раз внимательно изучаем всю информацию. Мы проверим, были ли нами соблюдены все правила, когда мы дали отрицательный ответ на ваш запрос.
- При необходимости мы соберем дополнительную информацию и, возможно, свяжемся с вами или вашим врачом.

Сроки ускоренного рассмотрения апелляции

- При рассмотрении срочной апелляции мы должны предоставить вам ответ **в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции.** Мы предоставим ответ раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
    - Если вы запросите больше времени или если нам потребуется дополнительная информация, которая может использоваться в ваших интересах, рассмотрение запроса на покрытие медицинского товара или услуги **может занять у нас еще до 14 календарных дней**. Мы сообщим вам в письменной форме, если решим продлить срок принятия решения. Если ваш запрос касается лекарственного препарата по программе Часть B, мы не можем продлить срок принятия решения.
    - Если мы не предоставим вам ответ в течение 72 часов (или, в случае продления срока, до окончания такого продленного срока), мы обязаны автоматически направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией. Независимая экспертная организация письменно уведомит вас о получении вашей апелляции. В разделе 6.4 разъясняется процедура подачи апелляции 2-го уровня.
- **Если мы дадим положительный ответ по всем или некоторым пунктам вашего запроса,** мы должны разрешить или предоставить покрытие, на которое мы согласны, в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос,** мы отправим вам свое решение в письменном виде и автоматически направим вашу апелляцию в независимую экспертную организацию на 2-й уровень апелляционного процесса. Независимая экспертная организация письменно уведомит вас о получении вашей апелляции.

Сроки стандартного рассмотрения апелляции

- В случае стандартной апелляции мы должны предоставить вам ответ **в течение 30 календарных дней** с момента получения вашей апелляции. Если ваш запрос касается лекарственного препарата по программе Часть B, который вы еще не получили, мы предоставим вам ответ **в течение 7 календарных дней** с момента получения вашей апелляции. Мы предоставим решение раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
    - Но если вы запросите больше времени или если нам потребуется дополнительная информация, которая может использоваться в ваших интересах, рассмотрение запроса на покрытие медицинского товара или услуги **может занять у нас еще до 14 календарных дней**. Мы сообщим вам в письменной форме, если решим продлить срок принятия решения. Если ваш запрос касается лекарственного препарата по программе Часть B, мы не можем продлить срок принятия решения.
    - Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, вы можете подать срочную жалобу. Когда вы подаете срочную жалобу, мы предоставим вам ответ на нее в течение 24 часов. (Информацию о жалобах см. в разделе 11.)
    - Если мы не предоставим вам ответ к указанному сроку (или, в случае продления срока, до окончания такого продленного срока), мы передадим ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией. Независимая экспертная организация письменно уведомит вас о получении вашей апелляции. В разделе 6.4 разъясняется процедура подачи апелляции 2-го уровня.
- **Если мы даем положительный ответ по всем или некоторым пунктам вашего запроса**, мы обязаны разрешить предоставление или предоставить покрытие в течение 30 календарных дней, если ваш запрос касается медицинского товара или услуги, или **в течение 7 календарных дней**, если ваш запрос касается лекарственного препарата по программе Часть B.
- **Если мы примем отрицательное решение относительно части или всей апелляции**, мы автоматически направим вашу апелляцию в независимую экспертную организацию на 2-й уровень апелляционного процесса. Независимая экспертная организация письменно уведомит вас о получении вашей апелляции.

Раздел 6.4 Процедура подачи апелляции 2-го уровня

Юридический термин:

Официальное название независимой экспертной организации — **независимый экспертный субъект**. Иногда ее называют **IRE**.

Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанятая Medicare. Она никак не связана с нами и не является государственным органом. Эта организация решает, является ли принятое нами решение правильным или его следует изменить. Контроль над ее работой осуществляет Medicare.

Шаг 1. Независимая экспертная организация рассматривает вашу апелляцию.

- Мы направим информацию о вашей апелляции в эту организацию. Такая информация называется «**материалы дела». Вы имеете право запросить у нас копию материалов по вашему делу**.
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию для обоснования своей апелляции.
- Эксперты в независимой экспертной организации внимательно изучают всю информацию о вашей апелляции.

Если вы подавали срочную апелляцию 1-го уровня, на 2-м уровне у вас также будет срочная апелляция.

- В случае срочной апелляции независимая экспертная организация должна предоставить вам ответ по вашей апелляции 2-го уровня **в течение 72 часов** с момента ее получения.
- Если ваш запрос касается медицинского товара или услуги и независимой экспертной организации необходимо собрать больше информации, которая может быть использована в ваших интересах, **процесс рассмотрения может занять еще до 14 календарных дней.** Они сообщат вам в письменной форме, если решат продлить срок принятия решения. В случае направления вами запроса о покрытии лекарственного препарата по программе Часть B независимая экспертная организация не может продлить срок принятия решения.

Если вы подавали стандартную апелляцию 1-го уровня, на 2-м уровне у вас также будет стандартная апелляция.

- В случае стандартной апелляции, если ваш запрос касается медицинского товара или услуги, независимая экспертная организация должна предоставить вам ответ по вашей апелляции 2-го уровня **в течение 30 календарных дней** с момента ее получения. В случае направления вами запроса о покрытии препарата по программе Часть B независимая экспертная организация обязана дать ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 7 календарных дней** после ее получения.
- Если ваш запрос касается медицинского товара или услуги и независимой экспертной организации необходимо собрать больше информации, которая может быть использована в ваших интересах, **процесс рассмотрения может занять еще до 14 календарных дней.** Они сообщат вам в письменной форме, если решат продлить срок принятия решения. В случае направления вами запроса о покрытии лекарственного препарата по программе Часть B независимая экспертная организация не может продлить срок принятия решения.

Шаг 2. Независимая экспертная организация предоставляет ответ.

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

- **Если независимая экспертная организация примет положительное решение относительно части или всего запрашиваемого вами покрытия медицинского товара или услуги**, мы обязаны одобрить страховое покрытие медицинского обслуживания в течение **72 часов** или предоставить данную услугу в течение 14 календарных дней с момента получения решения независимой экспертной организации в случае **стандартных запросов**. В случае **ускоренных запросов** у нас есть **72 часа** с даты получения нами решения независимой экспертной организации.

- **Если независимая экспертная организация примет положительное решение относительно части или всего запроса на лекарственный препарат по программе Часть B**, мы обязаны одобрить или предоставить лекарственный препарат по программе Часть B в течение **72 часов** с момента получения решения независимой экспертной организации в случае **стандартных запросов**. В случае **ускоренных запросов** у нас есть **24 часа** с даты получения нами решения независимой экспертной организации.

- **Если независимая экспертная организация примет отрицательное решение относительно части или всей вашей апелляции**, это означает, что они согласны с тем, что мы не должны одобрять ваш запрос (или часть вашего запроса) о покрытии медицинского обслуживания. (Это называется **«поддержанием решения»** или **«отклонением апелляции»**.) В этом случае независимая экспертная организация направит вам письмо, содержащее следующую информацию:

    - объясняется решение.

    - сообщается о вашем праве на апелляцию 3-го уровня, если стоимость запрашиваемого вами медицинского обслуживания в долларовом выражении соответствует определенному минимуму. В письменном уведомлении, которое вы получите от независимой экспертной организации, будет указана стоимость в долларовом выражении, которой должна соответствовать стоимость услуги или препарата для продолжения процедуры апелляции.

    - порядок подачи апелляции 3-го уровня.

Шаг 3. Если ваш случай соответствует требованиям, вы должны решить, желаете ли вы продолжить апелляционный процесс.

- Апелляционный процесс предусматривает 3 дополнительных уровня после второго (всего их 5). Если вы решите подать апелляцию 3-го уровня, порядок этой процедуры подробно описан в письменном уведомлении, полученном вами после получения решения по вашей апелляции 2-го уровня.

- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей. В разделе 10 приведена подробная информация об 3-м, 4-м и 5-м уровнях апелляционных процессов.

Раздел 6.5 Если вы хотите направить запрос на возмещение расходов по счету, который вы получили за медицинское обслуживание

Если вы уже оплатили услугу или товар по программе California Medi-Cal (Medicaid), покрываемые нашим планом, попросите наш план вернуть вам расходы (возместить вам расходы). Вы имеете право получить возмещение от нашего плана, если вы оплатили медицинские услуги или лекарства, покрываемые нашим планом. Когда вы высылаете нам оплаченный вами счет, мы изучаем его и принимаем решение о возможности покрытия услуги или лекарства. Если мы примем решение о покрытии, мы возместим ваши расходы на услугу или лекарство.

Направление запроса о возмещении — это направление запроса касательно принятия нами решения о страховом покрытии

Направляя нам документ с запросом на возмещение, вы направляете запрос на предоставление решения о страховом покрытии. Чтобы принять такое решение, мы проверяем, является ли оплаченное вами медицинское обслуживание покрываемым. Мы также проверяем соблюдение вами правил использования вашего покрытия медицинского обслуживания.

- **Если мы даем положительный ответ на ваш запрос:** если медицинское обслуживание покрывается и вы соблюдали правила, то мы возместим стоимость, как правило, в течение 30 календарных дней, но не позже 60 календарных дней с момента получения вашего запроса. Если вы еще не оплатили медицинское обслуживание, мы отправим платеж непосредственно поставщику услуг.

- **Если мы отклоняем ваш запрос:** если медицинское обслуживание не покрывается или вы *не* соблюдали все правила, мы не возместим ваши расходы. Вместо этого мы направим вам письмо, в котором сообщим, что не будем оплачивать медицинское обслуживание, и укажем причины этого решения.

Если вы не согласны с нашим решением об отклонении вашего запроса, **вы можете подать апелляцию**. Если вы подаете апелляцию, это означает, что вы подаете запрос на изменение решения о покрытии, которое мы приняли, когда отклонили ваш запрос на оплату.

Чтобы подать такую апелляцию, следуйте процедуре подачи апелляций в разделе 6.3. В отношении апелляций, касающихся возмещения расходов, обратите внимание на следующее:

- Мы обязаны предоставить вам ответ в течение 60 календарных дней после получения вашей апелляции. Если вы просите нас возместить ваши расходы на уже полученное и оплаченное медицинское обслуживание, вам не разрешается запрашивать срочную апелляцию.

- Если независимая экспертная организация решает, что мы должны возместить расходы, мы должны прислать оплату вам или поставщику услуг в течение 30 календарных дней. Если по вашей апелляции принято положительное решение на любом уровне ее рассмотрения выше 2-го, мы должны отправить запрошенный вами платеж вам или поставщику услуг в течение 60 календарных дней.

РАЗДЕЛ 7 Рецептурные лекарственные препараты по программе Часть D: как направить запрос по поводу решения о страховом покрытии или подать апелляцию

Раздел 7.1 В этом разделе рассказывается, что делать, если у вас возникла проблема с получением лекарственного препарата по программе Часть D или если вы желаете, чтобы мы возместили вам расходы на лекарственный препарат по программе Часть D

В число доступных вам услуг входит страховое покрытие многих рецептурных лекарственных препаратов. Для получения покрытия ваш лекарственный препарат должен применяться в соответствии с установленными медицинскими показаниями. (Обратитесь к главе 5, чтобы получить дополнительную информацию об установленном медицинском показании.) Подробные сведения о препаратах по программе Часть D, правилах, ограничениях и связанных расходах см. в главах 5 и 6. **Этот раздел посвящен исключительно вашим лекарственным препаратам по программе Часть D.** Для простоты до конца этой главы мы будем использовать термин *лекарственный препарат* в значении *покрываемый амбулаторный рецептурный лекарственный препарат* или *лекарственный препарат по программе Часть D*. Мы используем термин «Перечень лекарств» вместо терминов *«Перечень покрываемых лекарств»* или «Справочник лекарств».

- Если вы не знаете, покрывается ли тот или иной препарат или соответствуете ли вы правилам, вы можете обратиться к нам. Для покрытия некоторых препаратов необходимо получить от нас разрешение.

- Если в аптеке сообщат, что ваш рецептурный лекарственный препарат не может быть выдан, вы получите письменное уведомление с описанием способов связи с нами для подачи запроса на принятие решение о страховом покрытии.

Решения о страховом покрытии по программе Часть D и апелляции

Юридический термин:

Другое название первоначального решения о покрытии лекарства по программе Часть D — **заключение о страховом покрытии**.

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

Решение о страховом покрытии представляет собой решение, которое мы принимаем в отношении ваших покрываемых услуг и страхового покрытия либо в отношении суммы, которую мы выплачиваем за ваши лекарственные препараты. В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в одной из описанных ниже ситуаций:

- Вы просите нас покрыть лекарство по программе Часть D, отсутствующий в Перечне лекарств нашего плана. **Подайте запрос на исключение из правил покрытия. Раздел 7.2.**
- Вы просите нас отменить ограничение на страховое покрытие лекарственного препарата нашим планом (например, ограничение на количество лекарственного препарата, которое вы можете получить). **Подайте запрос на исключение**. **Раздел 7.2.**
- Просите нас об установлении меньшей суммы доплаты за покрываемый лекарственный препарат, который относится к более высокому уровню участия в расходах. **Подайте запрос на исключение из правил покрытия. Раздел 7.2.**
- Вы запрашиваете предварительное разрешение для лекарственного препарата. **Подайте запрос на решение о страховом покрытии. Раздел 7.4.**
- Вы обращаетесь к нам с запросом на оплату рецептурного препарата, который вы уже приобрели. **Вы можете попросить нас выплатить вам возмещение. Раздел 7.4.**

Если вас не удовлетворяет наше решение о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию на наше решение.

В этом разделе приводятся сведения о том, как направить запрос на предоставление решения о страховом покрытии и как подать апелляцию.

Раздел 7.2 Запрос на исключение

Юридические термины:

Запрос на страховое покрытие препарата, не входящего в Перечень лекарств, — **исключение из справочника лекарств**.

Запрос на снятие ограничения на страховое покрытие лекарственного препарата — **исключение из справочника лекарств**.

Запрос на более низкую плату за покрываемый препарат, который относится к непредпочтительным, — **исключение в отношении лекарственного препарата определенного уровня.**

Если лекарственный препарат не покрывается так, как вы хотели бы, вы можете попросить нас сделать **исключение.** Исключение — это одна из разновидностей решения о страховом покрытии.

Чтобы мы рассмотрели ваш запрос на предоставление исключения, вашему врачу или другому лицу, выписывающему лекарство, необходимо предоставить нам медицинское обоснование запроса на предоставление исключения. Приведем 3 примера исключений, которые можете запросить у нас вы либо ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство:

1. **Покрытие препарата по программе Часть D, который не входит в наш Перечень лекарств.** Если мы согласимся покрыть препарат, не входящий в Перечень лекарств, вы должны будете платить сумму участия в расходах, которая предусмотрена для препаратов уровня 3 (непредпочтительные лекарственные препараты). Вы не можете попросить сделать исключение в отношении суммы участия в расходах, которую мы требуем платить за препарат, если мы соглашаемся покрыть стоимость препарата, не включенного в Перечень лекарств.

2. **Отмена ограничения в отношении покрываемого лекарства.** В главе 5 описаны дополнительные правила или ограничения, действующие в отношении некоторых препаратов, включенных в наш Перечень лекарств. Если мы согласимся сделать исключение и отменить для вас ограничение, вы можете просить об исключении касательно суммы участия в расходах, которую вы обязаны уплатить за препарат.

3. **Изменение страхового покрытия лекарства путем отнесения лекарства к более низкому уровню участия в расходах.** Каждое лекарство из нашего Перечня лекарств относится к одному из шести уровней участия в расходах. Как правило, чем ниже такой уровень, тем меньшую сумму вы платите как свою часть стоимости препарата.

    - Если в нашем Перечне лекарств есть альтернативное лекарство для лечения вашего заболевания, которое находится на более низком уровне участия в расходах по сравнению с лекарством, которое вы принимаете, вы можете попросить нас обеспечить покрытие принимаемого лекарства с той же суммой участия в расходах, которая предусмотрена для альтернативного лекарства.

    - Если препарат, который вы принимаете, является биологическим препаратом, вы можете попросить нас покрывать его с более низким уровнем участия в расходах. Речь идет о самом низком уровне, к которому отнесены альтернативные биологические препараты для лечения вашего заболевания.

    - Если препарат, который вы принимаете, является патентованным, вы можете попросить нас покрывать его на самом низком уровне участия в расходах, к которому отнесены альтернативные патентованные препараты для лечения вашего заболевания.

    - Если препарат, который вы принимаете, является непатентованным, вы можете попросить нас покрывать его на самом низком уровне участия в расходах, к которому отнесены патентованные или непатентованные альтернативные препараты для лечения вашего заболевания.

- Вы не можете попросить нас изменить уровень участия в расходах для какого-либо лекарства на уровне 5 (уровень специализированных лекарственных препаратов).
- Если мы одобрим ваш запрос на исключение в отношении лекарственного препарата определенного уровня, при этом альтернативные лекарства, которые вы не можете принимать, находятся более чем на одном более низком уровне участия в расходах, как правило, вы будете платить наименьшую сумму.

Раздел 7.3 Что важно знать о запросах на исключение

Ваш врач должен предоставить нам медицинское обоснование

Ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, должны предоставить нам пояснение медицинских оснований для направления запроса на исключение. Чтобы ускорить принятие решения, перешлите эту медицинскую информацию от своего врача или другого лица, выписывающего лекарство, вместе со своим запросом на исключение.

Наш Перечень лекарств, как правило, включает несколько препаратов для лечения конкретного заболевания. Такие различные препараты называются **альтернативными**. Если альтернативный препарат будет столь же эффективен, как тот, который вы запрашиваете, и не вызовет больше побочных эффектов или других проблем со здоровьем, мы, как правило, не удовлетворим ваш запрос на исключение. Если вы попросите нас сделать исключение в отношении лекарственного препарата определенного уровня, мы, как правило, не удовлетворим ваш запрос на исключение, если только не будет установлено, что все альтернативные препараты, относящиеся к более низкому(-им) уровню(-ям) участия в расходах, не будут для вас столь же эффективными либо с большой вероятностью вызовут у вас побочные эффекты или нанесут другой вред.

Мы дадим положительный или отрицательный ответ на ваш запрос

- Если мы одобряем ваш запрос на предоставление исключения, то это одобрение обычно будет действовать до конца годового периода действия нашего плана. Оно действует до тех пор, пока ваш врач продолжает выписывать вам это лекарство и пока оно остается безопасным и эффективным для лечения вашего состояния.
- Если мы не одобряем ваш запрос на предоставление исключения, вы можете попросить о пересмотре нашего решения, подав апелляцию.

Раздел 7.4 Как запросить решение о страховом покрытии, в том числе исключение

Юридический термин:

Другое название срочного решения о страховом покрытии — **ускоренное заключение о страховом покрытии**.

Шаг 1. Решите, нужно ли вам стандартное или срочное решение о покрытии.

Стандартные решения о страховом покрытии выносятся в течение **72 часов** после получения нами вашего запроса. **Срочные решения о страховом покрытии** выносятся в течение **24 часов** после получения нами вашего запроса.

Если этого требует состояние вашего здоровья, запрашивайте срочное решение о предоставлении страхового покрытия. **Для получения срочного решения о страховом покрытии должны быть выполнены 2 требования:**

- Вы должны подать запрос на получение препарата, который вы еще не получили. (Вы не можете запросить срочное решение о страховом покрытии, чтобы возместить расходы за уже приобретенный препарат.)
- Использование стандартных сроков может стать причиной серьезного ущерба вашему здоровью или дееспособности.
- **Если ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, сообщит нам, что состояние вашего здоровья требует срочного решения о покрытии, мы автоматически согласимся на него.**
- **Если вы запрашиваете срочное решение о страховом покрытии самостоятельно (без поддержки вашего врача или лица, выписывающего лекарство), мы сами решим, требуется ли срочное решение о страховом покрытии в связи с состоянием вашего здоровья.** Если мы не одобрим срочное решение о страховом покрытии, мы направим вам письмо, в котором будет указано следующее:
  - Объяснение того, что мы будем использовать стандартные сроки рассмотрения.
  - Объяснение того, что мы автоматически согласимся на ускоренное рассмотрение, если ваш врач или лицо, выписывающее лекарство, запросит срочное решение о страховом покрытии.
  - Объяснение того, что вы можете подать срочную жалобу по нашему решению предоставить стандартное решение о покрытии вместо запрошенного вами срочного решения о страховом покрытии. Мы ответим на вашу жалобу в течение 24 часов с момента ее получения.

Шаг 2. Запросите стандартное или срочное решение о страховом покрытии.

Для начала направьте запрос в наш план (по телефону, письмом или по факсу), чтобы мы смогли разрешить или обеспечить покрытие необходимого вам медицинского обслуживания. Если вам требуется наше решение о страховом покрытии, вы также можете воспользоваться нашим веб-сайтом. Мы обязаны принимать все письменные запросы, включая запросы, направленные по *форме типового запроса на определение покрытия CMS*, доступного на нашем веб-сайте go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations. Контактная информация представлена в главе 2. Чтобы помочь нам обработать ваш запрос, укажите ваши имя и фамилию, контактную информацию и информацию о том, по какому страховому требованию подается апелляция.

Это можете сделать вы, ваш врач (или другое лицо, выписывающее лекарство) или ваш представитель. Кроме того, от вашего имени может действовать адвокат. В разделе 5.1 данной главы приведены сведения о процедуре выдачи разрешения иному лицу на совершение действий в качестве вашего представителя.

- **Если вы запрашиваете исключение, предоставьте обоснование**, которое представляет собой медицинскую причину запроса на предоставление исключения. Ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, могут прислать нам это обоснование по факсу или письмом. Либо ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, могут сообщить об этом по телефону с последующим направлением обоснования по факсу или по почте.

Шаг 3. Мы рассматриваем вашу запрос и даем вам ответ.

Сроки принятия срочного решения о страховом покрытии

- Как правило, мы обязаны дать вам ответ **в течение 24 часов** после получения вашего запроса.
    - Если вы подаете запрос на исключение, мы предоставим вам ответ в течение 24 часов с момента получения обоснования запроса от вашего врача. Мы предоставим ответ раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
    - В случае несоблюдения нами указанного срока мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией. Мы уведомим вас в письменной форме, если ваш запрос будет направлен в независимую экспертную организацию.
- **Если мы частично или полностью удовлетворим ваш запрос**, мы должны предоставить страховое покрытие, на которое мы согласились, в течение 24 часов после получения вашего запроса или заявления врача, подтверждающего ваш запрос.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос,** вы получите письменное обоснование нашего отрицательного ответа. Мы также разъясним процедуру подачи апелляции.

Сроки принятия стандартного решения о страховом покрытии лекарства, которое вы еще не получили

- Как правило, мы обязаны дать вам ответ **в течение 72 часов** после получения вашего запроса.
    - Если вы подаете запрос на исключение, мы предоставим вам ответ в течение 72 часов с момента получения обоснования запроса от вашего врача. Мы предоставим ответ раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
    - В случае несоблюдения нами указанного срока мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией. Мы уведомим вас в письменной форме, если ваш запрос будет направлен в независимую экспертную организацию.

- **Если мы частично или полностью удовлетворим ваш запрос**, мы должны **предоставить страховое покрытие**, на которое мы согласились, **в течение 72 часов** после получения вашего запроса или заявления врача, подтверждающего ваш запрос.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос,** вы получите письменное обоснование нашего отрицательного ответа. Мы также разъясним процедуру подачи апелляции.

Сроки принятия стандартного решения о страховом покрытии уже приобретенного вами лекарственного препарата

- Мы должны ответить вам **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.
    - В случае несоблюдения нами указанного срока мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой экспертной организацией. Мы уведомим вас в письменной форме, если ваш запрос будет направлен в независимую экспертную организацию.
- **Если мы частично или полностью удовлетворим ваш запрос,** мы также обязаны произвести оплату в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос,** вы получите письменное обоснование нашего отрицательного ответа. Мы также разъясним процедуру подачи апелляции.

Шаг 4. Если мы даем отрицательный ответ на запрос на покрытие медицинского обслуживания, вы можете подать апелляцию.

- В случае нашего отказа вы имеете право обратиться к нам с запросом о пересмотре этого решения посредством подачи апелляции. Это означает повторное обращение с просьбой предоставить желаемое страховое покрытие лекарственных препаратов. Если вы подаете апелляцию, она передается на 1-й уровень апелляционного процесса.

Раздел 7.5 Как подать апелляцию 1-го уровня

Юридические термины:

Обращение к плану с апелляцией по поводу страхового покрытия лекарственного препарата по программе Часть D называется пересмотром.

Другое название срочной апелляции — **пересмотр в ускоренном порядке.**

Шаг 1. Решите, нужна ли вам стандартная апелляция или срочная апелляция.

Решение по стандартной апелляции обычно принимается в течение 7 календарных дней. Решение по срочной апелляции обычно принимается в течение 72 часов. Запросите срочную апелляцию, если этого требует состояние вашего здоровья.

- Если вы подаете апелляцию на принятое нами решение о страховом покрытии лекарства, еще не полученного вами, вам и вашему врачу или другому лицу, выписавшему лекарство, необходимо решить, нужна ли вам срочная апелляция.
- Требования к подаче срочной апелляции соответствуют требованиям к запросу о срочном решении о страховом покрытии, изложенным в разделе 7.4 настоящей главы.

Шаг 2. Вы, ваш представитель, врач или другое лицо, выписывающее лекарство, должны связаться с нами и подать апелляцию 1-го уровня. Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, вам следует запросить срочную апелляцию.

- **В случае стандартных апелляций подайте запрос в письменном виде или позвоните нам. Контактная информация представлена в главе 2.**
- **Чтобы подать срочную апелляцию, отправьте письменный запрос или позвоните нам по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).** Контактная информация представлена в главе 2.
- **Мы обязаны принимать все письменные запросы,** включая запросы, направленные по *форме типового запроса на пересмотр покрытия CMS*, доступной на нашем веб-сайте go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations. Чтобы помочь нам обработать ваш запрос, укажите ваши имя и фамилию, контактную информацию и информацию о страховом требовании.
- **Вы должны подать свой запрос на апелляцию в течение 65 календарных дней** с даты присланного вам письменного уведомления, содержащего решение о страховом покрытии. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, объясните причину опоздания при подаче апелляции. Мы можем предоставить вам больше времени для подачи апелляции. Примеры уважительных причин могут включать наличие тяжелого заболевания, помешавшего вам связаться с нами, или получение от нас неточной или неполной информации о сроках подачи апелляции.
- **Вы можете запросить копию информации, содержащейся в вашей апелляции, и добавить дополнительную информацию.** Вы и ваш врач можете предоставить дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

Шаг 3. Мы рассматриваем вашу апелляцию и даем вам ответ.

- При рассмотрении вашей апелляции мы еще раз внимательно изучаем всю информацию о вашем запросе на страховое покрытие. Мы проверим, были ли нами соблюдены все правила, когда мы дали отрицательный ответ на ваш запрос.
- Мы можем связаться с вами, вашим врачом или другим лицом, выписывающим вам лекарство, для получения дополнительной информации.

Сроки ускоренного рассмотрения апелляции

- При рассмотрении срочной апелляции мы должны предоставить вам ответ **в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции.** Мы предоставим ответ раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
    - В случае отсутствия ответа по истечении 72 часов мы обязаны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, и он будет рассмотрен независимой экспертной организацией. Мы уведомим вас в письменной форме, если ваш запрос будет направлен в независимую экспертную организацию. В разделе 7.6 разъясняется процедура подачи апелляции 2-го уровня.
- **Если мы дадим положительный ответ по всем или некоторым пунктам вашего запроса**, мы должны предоставить страховое покрытие, которое мы согласились предоставить, в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос**, мы пришлем вам письменное объяснение причин отказа, а также расскажем, как вы можете подать апелляцию на это решение.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции в отношении лекарства, которое вы еще не получили

- В случае стандартной апелляции мы должны предоставить вам ответ **в течение 7 календарных дней** с момента получения вашей апелляции. Мы предоставим вам наше решение раньше, если вы еще не получили лекарство и этого требует состояние вашего здоровья.
    - В случае отсутствия решения по истечении 7 календарных дней мы обязаны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, и он будет рассмотрен независимой экспертной организацией. Мы уведомим вас в письменной форме, если ваш запрос будет направлен в независимую экспертную организацию. В разделе 7.6 разъясняется процедура подачи апелляции 2-го уровня.
- **Если мы частично или полностью удовлетворим ваш запрос**, мы должны предоставить страховое покрытие так быстро, как того требует ваше здоровье, но не позднее чем через **7 календарных дней** после получения вашей апелляции.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос**, мы пришлем вам письменное объяснение причин отказа, а также расскажем, как вы можете подать апелляцию на это решение.

Сроки принятия стандартного решения по апелляции в отношении уже приобретенного вами лекарственного препарата

- Мы должны ответить вам **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.
    - В случае несоблюдения нами указанного срока мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассматриваться независимой

экспертной организацией. Мы уведомим вас в письменной форме, если ваш запрос будет направлен в независимую экспертную организацию.

- **Если мы частично или полностью удовлетворим ваш запрос**, мы также обязаны произвести оплату в течение 30 календарных дней после получения вашего запроса.
- **Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос,** вы получите письменное обоснование нашего отрицательного ответа. Мы также разъясним процедуру подачи апелляции.

Шаг 4. Если мы отклоним вашу апелляцию, вы можете продолжить процесс обжалования и подать *еще одну* апелляцию.

- Если вы решите подать новую апелляцию, ваша апелляция переходит на 2-й уровень апелляционного процесса.

Раздел 7.6 Как подать апелляцию 2-го уровня

Юридический термин

Официальное название независимой экспертной организации — **независимый экспертный субъект**. Иногда ее называют **«IRE».**

Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанятая Medicare. Она никак не связана с нами и не является государственным органом. Эта организация решает, является ли принятое нами решение правильным или его следует изменить. Контроль над ее работой осуществляет Medicare.

Шаг 1. Вы (либо ваш представитель, ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство) должны связаться с независимой экспертной организацией и подать запрос на пересмотр вашего случая.

- Если мы даем отрицательный ответ по вашей апелляции 1-го уровня, мы пришлем вам письмо с **инструкцией о порядке подачи апелляции 2-го уровня** в независимую экспертную организацию. В инструкции содержится информация о том, кто может подавать апелляцию 2-го уровня, в какие сроки это следует сделать и как связаться с независимой экспертной организацией.
- **Вы должны подать запрос на апелляцию в течение 65 календарных дней** от даты, указанной в письменном уведомлении.
- Если мы не закончили рассмотрение в установленные сроки или приняли неблагоприятное решение в отношении заключения о **риске** в рамках нашей программы

контроля приема лекарств, то автоматически направим ваш запрос в независимый экспертный субъект. Мы уведомим вас в письменной форме, если ваш запрос будет направлен в независимую экспертную организацию.

- Мы направим информацию о вашей апелляции в независимую экспертную организацию. Такая информация называется **«материалы дела». Вы имеете право запросить у нас копию материалов по вашему делу.**

- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию для обоснования своей апелляции.

Шаг 2. Независимая экспертная организация рассматривает вашу апелляцию.

- Эксперты в независимой экспертной организации внимательно изучают всю информацию о вашей апелляции.

Сроки ускоренного рассмотрения апелляции

- Если этого требует состояние вашего здоровья, направьте в независимую экспертную организацию запрос на срочную апелляцию.

- Если независимая экспертная организация согласится предоставить вам срочную апелляцию, независимая экспертная организация должна предоставить вам ответ по вашей апелляции 2-го уровня **в течение 72 часов** с момента получения вашего запроса на апелляцию.

Сроки стандартного рассмотрения апелляции

- В случае стандартных апелляций независимая экспертная организация обязана дать ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 7 календарных дней** после ее получения, если речь идет о препарате, который вы еще не получили. Если вы просите нас вернуть вам деньги за уже приобретенный препарат, независимая экспертная организация должна дать ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.

Шаг 3. Независимая экспертная организация предоставляет ответ.

Для срочных апелляций:

- **Если независимая экспертная организация частично или полностью удовлетворит ваш запрос**, мы должны **предоставить страховое покрытие лекарств**, одобренное независимой экспертной организацией, **в течение 24 часов** после получения решения независимой экспертной организации.

Для стандартных апелляций:

- **Если независимая экспертная организация частично или полностью удовлетворит ваш запрос на страховое покрытие,** мы должны **предоставить страховое покрытие расходов на препараты,** которое было одобрено экспертной организацией, **в течение 72 часов** после того, как получим ее решение.

- **В случае одобрения независимой экспертной организацией запроса на возмещение расходов** на уже приобретенный вами лекарственный препарат, мы обязаны **выплатить вам соответствующую сумму в течение 30 календарных дней** после получения нами решения независимой экспертной организации.

Если независимая экспертная организация дает отрицательный ответ по вашей апелляции

Если независимая экспертная организация отказывает в удовлетворении вашей апелляции частично или полностью, это означает, что она согласна с нашим решением не удовлетворять ваш запрос (или его часть). (Это называется **поддержанием решения**. Другое название — **отклонение апелляции**.) В этом случае независимая экспертная организация направит вам письмо, содержащее следующую информацию:

- объясняется решение.

- сообщается о вашем праве на апелляцию 3-го уровня, если стоимость запрашиваемого вами покрытия лекарственного препарата в долларовом выражении соответствует определенному минимуму. Если стоимость запрашиваемого вами покрытия лекарственного препарата в долларовом выражении слишком низкая, вы не сможете подать новую апелляцию, т. е. решение, принятое на 2-м уровне апелляции, является окончательным.

- указание стоимости в долларовом выражении, при которой процедура рассмотрения апелляции может быть продолжена.

Шаг 4. Если ваш случай соответствует требованиям, вы должны решить, желаете ли вы продолжить апелляционный процесс.

- Апелляционный процесс предусматривает 3 дополнительных уровня после второго (всего их 5).

- Если вы решите подать апелляцию 3-го уровня, порядок этой процедуры подробно описан в письменном уведомлении, полученном вами после получения решения по вашей апелляции 2-го уровня.

- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей. В разделе 10 приведена подробная информация об апелляционном процессе 3-го, 4-го и 5-го уровней.

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

При поступлении в больницу вы имеете право на получение всех покрываемых услуг больницы, требуемых для диагностики и лечения вашей болезни или травмы.

На протяжении всего вашего пребывания в больнице в рамках страхового покрытия ваш врач и сотрудники больницы будут готовить вас ко дню выписки. Они помогут организовать уход, который может понадобиться вам после выписки.

- День, когда вы покидаете больницу, называется **датой выписки**.
- Ваш врач или сотрудники больницы сообщат вам, когда будет принято решение о дате вашей выписки.
- Если вы считаете, что вас просят покинуть больницу преждевременно, вы можете попросить продлить ваше пребывание в ней; при этом ваш запрос будет рассмотрен.

Раздел 8.1 Во время пребывания в стационаре вы получите письменное уведомление от Medicare, в котором говорится о ваших правах

В течение двух календарных дней после госпитализации в больницу вам будет направлено письменное уведомление под названием *Важное сообщение о ваших правах от Medicare*. Каждый участник программы Medicare получает копию этого уведомления. Если вы не получили уведомление от кого-либо из сотрудников больницы (например, от сотрудника по делам страхования или медсестры), попросите его у любого сотрудника больницы. Если вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) или 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048).

1. **Внимательно прочитайте уведомление и задайте вопросы, если вам что-то неясно.** Из него вы можете узнать следующее:
    - Ваше право на получение услуг, покрываемых по программе Medicare, во время и после пребывания в больнице по назначению врача. В том числе, вы имеете право знать, какие это услуги, кто будет их оплачивать и где вы можете их получить.
    - Ваше право на участие в принятии любых решений, касающихся вашего пребывания в больнице.
    - Право знать, кому следует сообщать о любых проблемах, возникших у вас в связи с качеством вашего пребывания в больнице.

- Ваше право на подачу **запроса на проведение незамедлительного пересмотра** решения о вашей выписке, если вы считаете, что вас выписывают из больницы преждевременно. Это официальный законный способ попросить о переносе даты вашей выписки из больницы на более позднее время, чтобы мы покрывали ваше пребывание в больнице в течение более длительного срока.

2. **Вам будет предложено подписать письменное уведомление, чтобы подтвердить, что вы получили его и понимаете свои права.**

   - Вам или лицу, действующему от вашего имени, будет предложено подписать уведомление.

   - Подписание уведомления подтверждает *только* факт ознакомления с информацией о ваших правах. В уведомлении не указана дата вашей выписки. Подписание уведомления **не означает**, что вы согласны с датой выписки.

3. **Храните свой экземпляр** уведомления, чтобы в случае необходимости иметь информацию о процедуре подачи апелляции (или сообщении о проблемах с качеством обслуживания).

   - Если вы подписали уведомление более чем за 2 календарных дня до даты вашей выписки из больницы, вы получите еще один экземпляр перед запланированной датой вашей выписки.

   - Чтобы заранее ознакомиться с копией этого уведомления, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) или 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. Вы также можете получить уведомление онлайн по адресу CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Раздел 8.2 Как подать апелляцию 1-го уровня с целью изменить дату выписки из больницы

Чтобы попросить нас покрыть услуги стационарного лечения в течение более длительного срока, используйте процедуру апелляции для подачи такого запроса. Для начала изучите информацию о процедуре и сроках подачи апелляции.

- **Следуйте процедуре в соответствии с указаниями.**

- **Соблюдайте установленные сроки.**

- **Если вам нужна помощь, обращайтесь за ней.** Если у вас возникли вопросы или вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711). Или позвоните в Программу помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP) для получения персонализированной помощи. Контактная информация SHIP приведена в разделе 3 главы 2.

В рамках 1-го уровня вашу апелляцию рассматривает Организация повышения качества обслуживания. Она проверяет, была ли запланированная дата вашей выписки обоснована с медицинской точки зрения. **Организация повышения качества обслуживания** — это группа врачей и других специалистов в области медицины, услуги которых оплачиваются федеральным правительством в целях осуществления проверки и повышения качества обслуживания участников программы Medicare. Сюда относится проверка дат выписки из больниц для участников программы Medicare. Эти специалисты не являются сотрудниками нашего плана.

Шаг 1. Свяжитесь с Организацией повышения качества обслуживания в своем штате и подайте запрос на проведение незамедлительного пересмотра вашей выписки из больницы. Вы должны действовать быстро.

Как можно связаться с этой организацией?

- В полученном вами письменном уведомлении (*Важное сообщение о ваших правах от Medicare*) указаны контактные данные этой организации. Либо можно найти название, адрес и номер телефона Организации повышения качества обслуживания в вашем штате в главе 2.

Действуйте быстро:

- Чтобы подать апелляцию, обратитесь в Организацию повышения качества обслуживания *до того*, как покинете больницу, **но не позднее полуночи даты вашей выписки**.
    - **В случае соблюдения этого срока** вы сможете остаться в больнице *после* даты вашей выписки *без оплаты за пребывание в ней*, пока вы ждете решения от Организации повышения качества обслуживания.
    - **В случае несоблюдения этого срока свяжитесь с нами.** Если вы решаете остаться в больнице после запланированной даты вашей выписки, *вам, возможно, придется оплатить все расходы* на больничный уход, полученный вами после запланированной даты вашей выписки из больницы.
- Как только вы подаете запрос на проведение незамедлительного пересмотра решения о вашей выписке из больницы, Организация повышения качества обслуживания свяжется с вами. К середине дня, следующего за днем, в который с нами связались, мы выдадим вам **Подробное уведомление о выписке**. В этом уведомлении указывается планируемая дата вашей выписки и подробно объясняются причины, по которым ваш врач, больница и мы считаем, что вы должны быть выписаны именно в эту дату (с медицинской точки зрения).
- Образец **Подробного уведомления о выписке** можно получить, позвонив в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) или 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.) Вы также можете получить образец уведомления онлайн по адресу CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит независимый пересмотр вашего случая.

- Медицинские специалисты-сотрудники Организации повышения качества обслуживания (*«эксперты»*) спросят вас (или вашего представителя), почему вы считаете, что покрытие услуг должно быть продолжено. Вам не нужно заранее составлять заявление в письменной форме, однако вы можете сделать это при желании.

- Эксперты также проанализируют вашу медицинскую документацию, поговорят с вашим врачом и изучат информацию, предоставленную нами и больницей.

- К середине дня, следующего за тем, когда эксперты сообщат нашему плану о вашей апелляции, вы получите письменное уведомление с запланированной датой вашей выписки. В этом уведомлении также подробно объясняются причины, по которым ваш врач, больница и мы считаем, что вы должны быть выписаны именно в эту дату (с медицинской точки зрения).

Шаг 3. Организация повышения качества обслуживания предоставляет вам ответ на вашу апелляцию в течение суток после получения всей необходимой информации.

Что происходит в случае положительного решения?

- Если независимая экспертная организация даст *положительный ответ*, **мы будем обязаны предоставлять покрываемые услуги стационарного лечения в течение периода, пока они необходимы вам по медицинским показаниям.**

- Вы должны будете продолжать оплачивать свою часть расходов (например, не покрываемые страховкой минимумы или доплаты, если таковые применяются). Кроме того, в отношении ваших покрываемых услуг стационарного лечения могут действовать ограничения.

Что происходит в случае отрицательного решения?

- Если независимая экспертная организация даст *отрицательный ответ*, это означает, что ваша запланированная дата выписки обоснована с медицинской точки зрения. В этом случае **наше покрытие ваших услуг стационарного лечения закончится** к середине дня, *следующего* за датой предоставления вам ответа на вашу апелляцию Организацией повышения качества обслуживания.

- Если экспертная организация дает *отрицательный* ответ на вашу апелляцию и вы решаете остаться в больнице, **вам, возможно, придется оплатить все расходы** на больничный уход, полученный вами после середины дня, следующего за датой предоставления вам ответа на вашу апелляцию Организацией повышения качества обслуживания.

Шаг 4. Если ответ на вашу апелляцию 1-го уровня отрицательный, вы решаете, подавать ли вам еще одну апелляцию.

- Если Организация повышения качества обслуживания вынесла *отрицательный ответ* по вашей апелляции *и* при этом вы остались в больнице после запланированной даты вашей выписки, вы можете подать еще одну апелляцию. Подача еще одной апелляции означает, что вы переходите на **2-й уровень** апелляционного процесса.

Раздел 8.3 Как подать апелляцию 2-го уровня с целью изменить дату выписки из больницы

В ходе апелляции 2-го уровня вы направляете в Организацию повышения качества обслуживания запрос на повторное рассмотрение решения по вашей первой апелляции. Если Организация повышения качества обслуживания отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придется полностью оплатить свое пребывание в больнице после запланированной даты выписки.

Шаг 1. Еще раз обратитесь в Организацию повышения качества обслуживания и запросите повторное проведение рассмотрения.

- Вы обязаны подать запрос о таком пересмотре **в течение 60 календарных дней** после даты *отклонения* Организацией повышения качества обслуживания вашей апелляции 1-го уровня. Вы можете запросить пересмотр решения, только если вы оставались в больнице после того дня, когда страховое покрытие лечения в больнице заканчивается.

Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит повторный пересмотр вашего случая.

- Специалисты Организации повышения качества обслуживания заново внимательно изучают всю информацию, касающуюся вашей апелляции.

Шаг 3. Специалисты по пересмотру примут и сообщат вам решение по вашей апелляции в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса на апелляцию 2-го уровня.

Если независимая экспертная организация дает положительный ответ:

- **Мы обязаны возместить вам** нашу долю расходов на больничный уход, полученный вами после середины дня, следующего за датой отклонения вашей первой апелляции Организацией повышения качества обслуживания. **Мы обязаны продолжать покрывать ваше стационарное лечение в больнице до тех пор, пока для него имеются медицинские показания.**

- Вы обязаны продолжить оплачивать свою долю расходов; могут применяться ограничения на покрытие.

Если независимая экспертная организация дает отрицательный ответ:

- Это означает, что специалисты этой организации согласны с решением по апелляции 1-го уровня.
- Вы получите письменное уведомление, в котором будет сказано, что вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции.

Шаг 4. В случае отрицательного ответа вам следует решить, желаете ли вы перейти на следующий, 3-й уровень апелляции.

- Апелляционный процесс предусматривает 3 дополнительных уровня после второго (всего их 5). Если вы решите подать апелляцию 3-го уровня, порядок этой процедуры подробно описан в письменном уведомлении, полученном вами после получения решения по вашей апелляции 2-го уровня.
- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей. Более подробные сведения о 3-м, 4-м и 5-м уровнях апелляционного процесса приведены в разделе 10 настоящей главы.

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

В случае получения покрываемых услуг **медицинского ухода на дому, услуг в учреждении квалифицированного сестринского ухода или услуг по реабилитации (в центре комплексной амбулаторной реабилитации)** вы имеете право получать покрываемые услуги в рамках такого обслуживания, пока данное обслуживание необходимо для диагностики и лечения вашей болезни или травмы.

Когда мы принимаем решение об окончании покрытия любого из этих 3 видов обслуживания для вас, мы обязаны заблаговременно сообщить вам об этом. После окончания страхового покрытия *мы перестаем платить за ваше обслуживание*.

Если вы считаете, что мы собираемся прекратить страховое покрытие слишком рано, **вы можете подать апелляцию на наше решение**. В этом разделе рассказывается, как подать апелляцию.

Раздел 9.1 Мы заранее сообщим о том, когда закончится ваше страховое покрытие

Юридический термин:

Уведомление о прекращении страхового покрытия по программе Medicare. В нем описана процедура подачи запроса на проведение **ускоренного рассмотрения апелляции.** Направление запроса на проведение ускоренного рассмотрения апелляции — это

официальный законный способ попросить нас изменить решение о страховом покрытии касательно прекращения вашего медицинского обслуживания.

1. **Вы получаете письменное уведомление** не менее чем за 2 календарных дня до того, как наш план прекратит оплачивать ваше медицинское обслуживание. В этом уведомлении будет сказано следующее:

   - Дата прекращения страхового покрытия вашего медицинского обслуживания.

   - Сведения о том, как направить запрос на ускоренное рассмотрение апелляции с целью попросить нас продолжить покрывать медицинское обслуживание в течение более длительного срока.

2. **Вам или лицу, действующему от вашего имени, будет предложено подписать письменное уведомление, чтобы показать, что вы его получили.** Подписание уведомления подтверждает *только* факт ознакомления с информацией о дате прекращения вашего покрытия. **Подписание уведомления не означает, что вы согласны** с решением нашего плана о прекращении получения медицинского обслуживания.

Раздел 9.2 Подача апелляции 1-го уровня для покрытия нашим планом вашего обслуживания в течение более длительного времени

Если вы хотите попросить нас покрыть ваше обслуживание в течение более длительного срока, вам необходимо использовать процедуру апелляции для подачи такого запроса. Для начала изучите информацию о процедуре и сроках подачи апелляции.

- **Следуйте процедуре в соответствии с указаниями.**

- **Соблюдайте установленные сроки.**

- **Если вам нужна помощь, обращайтесь за ней.** Если у вас возникли вопросы или вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711). Или позвоните в Программу помощи по вопросам медицинского страхования штата (SHIP) для получения персонализированной помощи. Контактная информация SHIP приведена в разделе 3 главы 2.

В рамках 1-го уровня вашу апелляцию рассматривает Организация повышения качества обслуживания. Эта организация принимает решение о том, является ли дата окончания вашего обслуживания обоснованной с медицинской точки зрения. **Организация повышения качества обслуживания** — это группа врачей и других специалистов в области медицины, услуги которых оплачиваются федеральным правительством в целях осуществления проверки и повышения качества обслуживания участников программы Medicare. Это включает в себя пересмотр решений плана о том, когда пора прекратить покрытие определенных видов медицинского обслуживания. Эти специалисты не являются сотрудниками нашего плана.

Шаг 1. Подайте апелляцию 1-го уровня: свяжитесь с Организацией повышения качества обслуживания и запросите ускоренное рассмотрение апелляции. Вы должны действовать быстро.

Как можно связаться с этой организацией?

- В полученном вами письменном уведомлении (*Уведомление о прекращении страхового покрытия по программе Medicare*) указано, как связаться с этой организацией. (Либо можно найти название, адрес и номер телефона Организации повышения качества обслуживания в вашем штате в главе 2.)

Действуйте быстро:

- Вы должны обратиться в Организацию повышения качества обслуживания для начала апелляционного процесса **к полудню дня, предшествующего дате вступления в силу** *Уведомления о прекращении страхового покрытия по программе Medicare*.

- Если вы пропустите установленный срок и хотите подать апелляцию, у вас все равно будут права на апелляцию. Свяжитесь с Организацией повышения качества обслуживания, используя контактную информацию, указанную в Уведомлении о прекращении страхового покрытия услуг по программе Medicare. Название, адрес и номер телефона Организации повышения качества обслуживания в вашем штате также можно найти в главе 2.

Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит независимый пересмотр вашего случая.

Юридический термин:

Подробное объяснение прекращения страхового покрытия. Уведомление, содержащее подробную информацию о причинах прекращения страхового покрытия.

Что происходит в процессе рассмотрения?

- Медицинские специалисты-сотрудники Организации повышения качества обслуживания («эксперты») спросят вас (или вашего представителя), почему вы считаете, что покрытие услуг должно быть продолжено. Вам не нужно заранее составлять заявление в письменной форме, однако вы можете сделать это при желании.

- Сотрудники независимой экспертной организации также изучат вашу медицинскую информацию, поговорят с вашим врачом и ознакомятся с информацией, которую им предоставит наш план.

- К концу дня, в который специалисты по пересмотру сообщили нам о вашей апелляции, вы получите от нас *Подробное объяснение прекращения страхового покрытия* (уведомление с подробным объяснением причин прекращения нашего покрытия ваших услуг).

Шаг 3. В течение одного полного дня с момента получения экспертами всей необходимой информации они сообщат вам свое решение.

Что будет, если эксперты примут положительное решение по вашей апелляции?

- Если специалисты по пересмотру дают *положительный* ответ по вашей апелляции, **мы обязаны продолжить предоставлять вам покрываемые услуги в течение всего периода, пока они будут необходимы вам по медицинским показаниям.**

- Вы должны будете продолжать оплачивать свою часть расходов (например, не покрываемые страховкой минимумы или доплаты, если таковые применяются). В отношении покрываемых услуг могут действовать ограничения.

Что будет, если эксперты примут отрицательное решение по вашей апелляции?

- Если эксперты вынесут *отрицательное решение*, **покрытие закончится в тот же день, когда мы вам об этом сообщим.**

- Если вы решите продолжить получать услуги медицинского ухода на дому, обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода или центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) *после* этой даты окончания вашего покрытия, вам **придется оплатить полную стоимость** этого обслуживания самостоятельно.

Шаг 4. Если ответ на вашу апелляцию 1-го уровня отрицательный, вы решаете, подавать ли вам еще одну апелляцию.

- Если специалисты по пересмотру дают *отрицательный* ответ по вашей апелляции 1-го уровня и при этом вы решаете продолжить получать обслуживание после прекращения его покрытия, вы можете подать апелляцию 2-го уровня.

Раздел 9.3 Подача апелляции 2-го уровня для покрытия нашим планом вашего обслуживания в течение более длительного времени

В ходе апелляции 2-го уровня вы направляете в Организацию повышения качества обслуживания запрос на повторное рассмотрение решения по вашей первой апелляции. Если Организация повышения качества обслуживания отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придется полностью оплатить услуги медицинского ухода на дому, обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода или центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) *после* установленной нами даты окончания покрытия.

Шаг 1. Еще раз обратитесь в Организацию повышения качества обслуживания и запросите повторное проведение рассмотрения.

- Вы обязаны подать запрос о таком пересмотре **в течение 60 календарных дней** после даты *отклонения* Организацией повышения качества обслуживания вашей апелляции

1-го уровня. Вы можете запросить пересмотр решения, только если вы продолжили получать лечение после даты окончания страхового покрытия лечения.

Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит повторный пересмотр вашего случая.

- Специалисты Организации повышения качества обслуживания заново внимательно изучают всю информацию, касающуюся вашей апелляции.

Шаг 3. Специалисты по пересмотру примут решение по вашей апелляции и сообщат вам о нем в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса на проведение повторного пересмотра.

Что будет, если независимая экспертная организация придет к положительному решению?

- **Мы должны возместить вам** нашу часть расходов на оплату медицинского обслуживания, которое вы получили с того дня, в который страховое покрытие должно было закончиться согласно нашему прежнему решению. **Мы обязаны продолжить предоставлять покрытие вашего обслуживания** в течение всего периода, пока оно будет необходимо вам по медицинским показаниям.

- Вы обязаны продолжать оплачивать свою долю расходов, при этом могут применяться ограничения покрытия.

Что будет, если независимая экспертная организация придет к отрицательному решению?

- Это означает, что специалисты этой организации согласны с решением по апелляции 1-го уровня.

- Вы получите письменное уведомление, в котором будет сказано, что вы можете сделать, если захотите продолжить процесс рассмотрения апелляции. В нем вы найдете подробную информацию о том, как перейти на следующий уровень апелляционного процесса, который рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей.

Шаг 4. В случае отрицательного ответа вам следует решить, желаете ли вы перейти на следующий уровень апелляции.

- После 2-го уровня предусмотрено еще 3 дополнительных уровня апелляционного процесса (всего их 5). Если вы решите подать апелляцию 3-го уровня, порядок этой процедуры подробно описан в письменном уведомлении, полученном вами после получения решения по вашей апелляции 2-го уровня.

- Апелляция 3-го уровня рассматривается судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей. Более подробные сведения о 3-м, 4-м и 5-м уровнях апелляционного процесса приведены в разделе 10 настоящей главы.

РАЗДЕЛ 10 Обжалование на 3-м, 4-м и 5-м уровнях

Раздел 10.1 Апелляции 3-го, 4-го и 5-го уровня в отношении запросов медицинских услуг

Этот раздел содержит нужную вам информацию, если вы уже подавали апелляции 1-го и 2-го уровня и обе эти апелляции были отклонены.

Если стоимость товара или услуги в долларовом выражении, по поводу которых подавалась апелляция, достигает определенного минимально необходимого уровня, вы можете подавать апелляции дальнейших уровней. Если стоимость в долларовом выражении ниже установленного минимального уровня, вы не можете подать апелляцию следующего уровня. В письменном ответе на вашу апелляцию 2-го уровня разъясняется, как подавать апелляцию 3-го уровня.

В большинстве ситуаций, связанных с апелляциями, 3 последних уровня апелляции практически аналогичны первым 2 уровням. Ниже приведена информация о том, кто занимается рассмотрением вашей апелляции на каждом из этих уровней.

Апелляция 3-го уровня

Судья по административным делам или уполномоченный третейский судья, работающий на федеральное правительство, рассмотрит вашу апелляцию и даст ответ.

- **Если судья по административным делам или уполномоченный третейский судья примет положительное решение по вашей апелляции, процедура апелляции *может быть* завершена или *не* завершена.** Мы имеем право обжаловать решение, принятое в вашу пользу на 3-м уровне, но не решение, принятое на 2-м уровне. Если мы решим обжаловать решение, мы направим запрос на апелляцию 4-го уровня.
    - Если мы решим *не подавать* апелляцию, мы должны будем разрешить предоставление медицинского обслуживания или предоставить его вам в течение 60 календарных дней после получения решения судьи по административным делам или уполномоченного третейского судьи.
    - Если мы решим подать апелляцию по поводу решения, мы отправим вам копию запроса на апелляцию 4-го уровня вместе со всеми сопутствующими документами. Мы можем дождаться решения по апелляции 4-го уровня, прежде чем одобрять или предоставлять спорную медицинскую услугу.
- **Если судья по административным делам или уполномоченный третейский судья отклонят вашу апелляцию, апелляция *может быть* завершена или *не* завершена.**
    - Если вы решите согласиться с решением об отклонении вашей апелляции, апелляционный процесс завершается.

- Если вы не хотите соглашаться с решением, вы можете перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня

Апелляционный совет Medicare (Совет) изучит вашу апелляцию и даст ответ. Совет входит в состав федерального правительства.

- **При положительном ответе или если Совет отклонит наш запрос на рассмотрение принятого в вашу пользу решения по апелляции 3-го уровня, процедура апелляции может быть *завершена* или *не* завершена.** Мы имеем право обжаловать решение, принятое в вашу пользу на 4-м уровне, но не решение, принятое на 2-м уровне. Мы решим, следует ли обжаловать это решение на 5-м уровне.
  - Если мы решим *не подавать* апелляцию по поводу решения, мы должны будем разрешить предоставление обслуживания или предоставить его вам в течение 60 календарных дней после получения решения Совета.
  - Если мы решим подать апелляцию по поводу решения, мы сообщим вам об этом в письменной форме.
- **В случае отрицательного ответа или если Совет отклонит запрос на рассмотрение, процедура апелляции может быть *завершена* или *не завершена*.**
  - Если вы решите согласиться с решением об отклонении вашего запроса, апелляционный процесс завершается.
  - Если вы не хотите соглашаться с решением, вы можете перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. Если Совет вынесет отрицательное решение по вашей апелляции, в полученном вами уведомлении будет указано, можно ли подать апелляцию 5-го уровня и как продолжить апелляционный процесс на 5-м уровне.

Апелляция 5-го уровня

Судья **федерального суда первой инстанции** рассмотрит ваш запрос на обжалование.

- Судья рассмотрит всю информацию и предоставит *положительный* или *отрицательный* ответ по вашему запросу. Это окончательное решение. Федеральный окружной суд является последним уровнем подачи апелляции.

Раздел 10.2 Апелляции 3-го, 4-го и 5-го уровней в отношении запросов лекарственных препаратов по программе Часть D

Этот раздел содержит нужную вам информацию, если вы уже подавали апелляции 1-го и 2-го уровня и обе эти апелляции были отклонены.

Если стоимость лекарства, по поводу которого подавалась апелляция, достигает определенной суммы в долларах, вы можете подавать апелляции дальнейших уровней. Если она меньше, вы не можете предпринимать дальнейшие попытки обжалования. В письменном ответе на вашу апелляцию 2-го уровня разъясняется, к кому следует обращаться и как подавать апелляцию 3-го уровня.

В большинстве ситуаций, связанных с апелляциями, 3 последних уровня апелляции практически аналогичны первым 2 уровням. Ниже приведена информация о том, кто занимается рассмотрением вашей апелляции на каждом из этих уровней.

Апелляция 3-го уровня

Судья по административным делам или уполномоченный третейский судья, работающий на федеральное правительство, рассмотрит вашу апелляцию и даст ответ.

- **В случае положительного ответа апелляционный процесс завершается.** Мы обязуемся **одобрить или предоставить страховое покрытие расходов на лекарственные препараты**, которое было одобрено судьей по административным делам или уполномоченным третейским судьей, **в течение 72 часов (или 24 часов в случае ускоренного рассмотрения** апелляции) **либо совершить оплату в течение 30 календарных дней** после получения решения.
- **Если судья по административным делам или уполномоченный третейский судья отклонят вашу апелляцию, процедура апелляции *может быть завершена* или *не завершена*.**
    - Если вы решите согласиться с решением об отклонении вашего запроса, апелляционный процесс завершается.
    - Если вы не хотите соглашаться с решением, вы можете перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня

Апелляционный совет Medicare (Совет) изучит вашу апелляцию и даст ответ. Совет входит в состав федерального правительства.

- **В случае положительного ответа апелляционный процесс завершается.** Мы обязуемся **одобрить или предоставить страховое покрытие расходов на лекарственные препараты**, которое было одобрено Советом, **в течение 72 часов (или 24 часов в случае ускоренного рассмотрения апелляции) либо совершить оплату в течение 30 календарных дней** после получения решения.
- **В случае отрицательного ответа или если Совет отклонит запрос на рассмотрение, процедура апелляции может быть *завершена* или *не завершена*.**

- Если вы решите согласиться с решением об отклонении вашего запроса, апелляционный процесс завершается.
- Если вы не хотите соглашаться с решением, вы можете перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. Если Совет вынесет отрицательное решение по вашей апелляции, в полученном вами уведомлении будет указано, можно ли подать апелляцию 5-го уровня и как продолжить апелляционный процесс на 5-м уровне.

Апелляция 5-го уровня

Судья **федерального суда первой инстанции** рассмотрит ваш запрос на обжалование.

- Судья рассмотрит всю информацию и предоставит *положительный* или *отрицательный* ответ по вашему запросу. Это окончательное решение. Федеральный окружной суд является последним уровнем подачи апелляции.

Подача жалоб

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

Раздел 11.1 Какие типы проблем рассматриваются посредством процедуры подачи жалоб?

Жалобы подаются *только* в отношении определенных видов проблем. Сюда относятся проблемы, связанные с качеством медицинского обслуживания, временем ожидания и клиентским обслуживанием. Ниже приведены примеры видов проблем, регулируемых при помощи процедуры подачи жалоб.

Жалоба	Пример
Качество медицинского обслуживания	• Вас не устраивает качество предоставленного вам медицинского обслуживания (включая больничные услуги)?
Соблюдение конфиденциальности	• Кто-то не уважал ваше право на неприкосновенность частной жизни или раскрыл конфиденциальную информацию?

Жалоба	Пример
Неуважительное отношение, низкое качество клиентского обслуживания или другие виды нежелательного обращения	• Кто-то вел себя грубо или неуважительно по отношению к вам? • Вы не удовлетворены качеством работы отдела обслуживания участников плана? • Вы чувствуете, что вас вынуждают отказаться от услуг нашего плана?
Время ожидания	• Вы испытываете проблемы с попаданием на прием или слишком длительным его ожиданием? • Время ожидания врача, фармацевта или другого медицинского работника было слишком долгим? Или, может быть, вы долго ждали ответа нашего отдела обслуживания участников плана или каких-либо других сотрудников, обслуживающих наш план страхования? ○ Сюда относится слишком долгое ожидание при разговоре по телефону, в приемной или процедурной, а также при выдаче препарата по рецепту.
Чистота	• Вы не удовлетворены уровнем чистоты или состоянием клиники, больницы или кабинета врача?
Предоставляемая нами информация	• Мы не выдали вам требуемое уведомление? • Предоставленную нами информацию в письменном виде сложно понять?

Жалоба	Пример
Своевременность (Такие типы жалоб касаются *своевременности* наших действий, касающихся решений о страховом покрытии и апелляций.)	Если вы запросили у нас решение о страховом покрытии или подали апелляцию, и при этом вы считаете, что мы слишком долго не даем вам ответ, вы можете подать жалобу по поводу нашей медлительности. Приведем примеры. • Вы можете подать жалобу, если вы попросили принять *срочное решение о страховом покрытии* или *срочно рассмотреть апелляцию*, но мы ответили отказом. • Вы можете подать жалобу, если считаете, что мы не уложились в сроки при предоставлении вам решения о страхового покрытии или ответа на апелляцию. • Вы можете подать жалобу, если считаете, что мы не уложились в сроки при предоставлении вам покрытия или возмещении вам стоимости конкретных медицинских товаров, услуг или лекарственных препаратов, которые были одобрены. • Вы можете подать жалобу, если считаете, что мы не уложились в установленные сроки при направлении вашего дела независимой экспертной организации.

Раздел 11.2 Порядок подачи жалобы

Юридические термины:

Другое название **жалобы** — **претензия**.

Другое название для **подачи жалобы** — **предъявление претензии.**

Другое название **процедуры подачи жалобы** — **процедура предъявления претензии.**

Другое название **срочной жалобы** — **срочная претензия.**

Шаг 1. Немедленно свяжитесь с нами по телефону или в письменной форме.

- **Как правило, первым шагом является звонок в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).** Если необходимо будет предпринять какие-либо дополнительные действия, отдел обслуживания участников плана сообщит вам об этом.

- **Если вы не хотите звонить (или звонили и были недовольны результатом), у вас есть возможность изложить свою жалобу в письменном виде и прислать ее нам.** Если вы составите жалобу в письменном виде, мы ответим на нее в письменном виде.
- **Если мы не можем разрешить вашу жалобу по телефону, у нас предусмотрена официальная процедура рассмотрения вашей жалобы. Мы называем ее процедурой рассмотрения претензии.** Для подачи жалобы, а также в случае возникновения вопросов по процедуре позвоните в отдел обслуживания участников плана. Или же вы можете направить нам письменный запрос по адресу, указанному в разделе *Подача жалоб в отношении медицинского обслуживания* или *Подача жалоб в отношении лекарственных препаратов по программе Часть D* в главе 2 настоящего документа.
    - Если вы запрашиваете письменный ответ, подаете жалобу (претензию) в письменном виде либо ваша жалоба связана с качеством медицинского обслуживания, мы предоставим вам ответ в письменном виде.
    - Жалобу необходимо подать в течение 60 календарных дней после события. Вы можете официально отправить жалобу в письменном виде по адресу, указанному в разделе *Подача жалоб в отношении медицинского обслуживания* или *Подача жалоб в отношении лекарственных препаратов по программе Часть D* в главе 2 настоящего документа.
    - Мы должны уведомить вас о своем решении по вашей жалобе так быстро, как этого требует состояние вашего здоровья, но не позднее 30 календарных дней с момента получения вашей жалобы. Мы можем продлить этот срок на 14 календарных дней, если вы попросите об этом или если мы обоснуем необходимость получения дополнительной информации, а продление срока будет отвечать вашим интересам.
    - В некоторых случаях вы имеете право просить об ускоренном рассмотрении вашей жалобы. Эта процедура называется ускоренным рассмотрением претензии. Вы имеете право на ускоренное рассмотрение жалобы, если вас не удовлетворяет наше решение в одной из следующих ситуаций:
        - Мы ответили отказом на просьбу об ускоренном рассмотрении запроса на медицинское обслуживание или лекарство по программе Часть D.
        - Мы ответили отказом на запрос об ускоренном рассмотрении апелляции по поводу отказа в покрытии медицинского обслуживания или лекарства по программе Часть D.
        - Мы решили, что нам требуется дополнительное время для рассмотрения вашего запроса на медицинское обслуживание.
        - Мы решили, что нам требуется дополнительное время для рассмотрения вашей апелляции по поводу отказа в покрытии медицинского обслуживания.
- Вы можете подать такую жалобу по телефону, позвонив в отдел обслуживания участников плана. Вы также можете отправить жалобу в письменном виде по адресу, указанному в разделе *Подача жалоб в отношении медицинского обслуживания* или

Подача жалоб в отношении лекарственных препаратов по программе Часть D в главе 2 настоящего документа. После получения срочной претензии практикующий медицинский специалист рассмотрит дело, чтобы определить причины отказа в удовлетворении вашего запроса на ускоренное рассмотрение или целесообразность продления срока рассмотрения дела. Мы сообщим вам о решении по ускоренному делу устно и письменно в течение 24 часов после получения вашей жалобы.

- **Срок подачи** жалобы составляет 60 календарных дней с момента возникновения проблемы, на которую вы хотите пожаловаться.

Шаг 2. Мы рассматриваем вашу жалобу и даем ответ.

- **При возможности мы ответим вам незамедлительно.** Если вы обращаетесь к нам с жалобой по телефону, мы можем дать ответ в течение разговора.
- **В большинстве случаев мы отвечаем на жалобу в течение 30 календарных дней.** Если вы запросите продление или если нам потребуется дополнительная информация и при этом задержка будет наилучшим образом соответствовать вашим интересам: в этих случаях крайний срок ответа на вашу жалобу **может быть продлен на дополнительные 14 календарных дней** (всего 44 календарных дня). Мы сообщим вам в письменной форме, если решим продлить срок принятия решения.
- **Если вы подаете жалобу в связи с отклонением вашего запроса на предоставление срочного решения о страховом покрытии или срочное рассмотрение апелляции, мы автоматически рассматриваем вашу жалобу как срочную.** В случае подачи срочной жалобы это означает, что мы дадим вам **ответ в течение 24 часов.**
- **Если мы не согласимся** с некоторыми или всеми положениями вашей жалобы или не возьмем на себя ответственность за проблему, на которую вы жалуетесь, мы укажем причины в ответе.

Раздел 11.3 Вы также можете подать жалобу на качество медицинского обслуживания в Организацию повышения качества обслуживания

Если ваша жалоба касается *качества медицинского обслуживания*, у вас есть 2 дополнительных варианта:

- **Вы можете подать жалобу напрямую в Организацию повышения качества обслуживания.** Организация повышения качества обслуживания — это группа врачей и других специалистов в сфере здравоохранения, финансируемая федеральным правительством и занимающаяся проверкой качества обслуживания пациентов в рамках Medicare и повышением качества работы. Контактная информация представлена в главе 2.

Или

- **Вы можете одновременно подать жалобу в Организацию повышения качества обслуживания и в наш план.**

Раздел 11.4 Вы также можете передать свою жалобу программе Medicare

Вы можете направить жалобу на наш план страхования напрямую в программу Medicare. Для подачи жалобы в программу Medicare перейдите по ссылке Medicare.gov/my/medicare-complaint. Кроме того, вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY/TDD набирайте 1-877-486-2048.

Проблемы, связанные с услугами по программе California Medi-Cal (Medicaid)

РАЗДЕЛ 12 Решение проблем, связанных с услугами по программе California Medi-Cal (Medicaid)

Если вы считаете, что вам было неправомерно отказано в предоставлении услуги или оплате услуги, покрываемой программой California Medi-Cal (Medicaid), вы имеете право обжаловать наше решение в California Medi-Cal (Medicaid).

При необходимости наш план поможет вам найти формы. Для получения другой помощи, такой как проверка ваших покрываемых услуг по программе California Medi-Cal (Medicaid) и (или) решение вопросов, связанных со страховыми требованиями, жалобами и (или) апелляциями, обратитесь в офис Medicaid вашего штата. Контактную информацию см. в разделе 6 главы 2.

Чтобы подать претензию (жалобу) или апелляцию по поводу услуги по программе California Medi-Cal (Medicaid), обратитесь в офис программы Medicaid в вашем штате. Контактную информацию см. в разделе 6 главы 2.

ГЛАВА 10. Прекращение участия в нашем плане страхования

РАЗДЕЛ 1 Прекращение вашего участия в нашем плане

Прекращение вашего участия в плане Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) может быть **добровольным** (по вашему желанию) или **принудительным** (не по вашему желанию):

- Вы можете выйти из нашего плана, если *захотите*. Информация о добровольном выходе из плана страхования представлена в разделах 2 и 3.
- Существуют также некоторые ситуации, когда мы должны прекратить ваше участие в плане. В разделе 5 описаны ситуации, в которых мы будем вынуждены прекратить ваше участие в плане страхования.

Если вы выходите из нашего плана, наш план должен продолжать предоставлять вам медицинское обслуживание и лекарства по рецепту, а вы будете продолжать оплачивать свою долю участия в расходах до окончания вашего участия в плане.

РАЗДЕЛ 2 Когда вы можете выйти из нашего плана страхования?

Раздел 2.1

Вы можете выйти из плана страхования, поскольку участвуете в программах Medicare и Medicaid

Большинство участников программы Medicare могут прекратить участие в плане страхования только в определенные периоды года. Поскольку вы участвуете в программе Medicaid, вы можете выйти из нашего плана страхования в любой месяц года, выбрав один из следующих вариантов участия в программе Medicare:

- Original Medicare с участием в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов
- Интегрированный план D-SNP, предоставляющий услуги по программе Medicare и большинство или все услуги по программе Medicaid в одном плане (если вы соответствуете условиям участия в таком плане)

Примечание. Если вы отказываетесь от страхового покрытия расходов на лекарственные препараты, больше не участвуете в программе «Дополнительная помощь» по программе Medicare и остаетесь без надежного страхового покрытия расходов на лекарственные препараты непрерывно в течение 63 дней или более, возможно, вам придется выплачивать надбавку за позднюю регистрацию в программе Часть D в случае последующей регистрации в плане Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты. Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь», Medicare может зарегистрировать вас в плане с покрытием лекарственных препаратов, если только вы не отказались от автоматической регистрации.

- Позвоните в офис программы Medicaid в вашем штате по номеру 1-800-541-5555 (при использовании TTY набирайте 1-800-430-7077), чтобы узнать о ваших вариантах плана по программе Medicaid.
- В течение **открытого периода регистрации** доступны другие планы медицинского страхования Medicare. В разделе 2.2 приведена подробная информация об открытом периоде регистрации.
- **Ваше участие обычно прекращается в первый день месяца после получения вашего запроса о смене плана.** В этот же день вступит в силу ваша регистрация в новом плане страхования.

Раздел 2.2 Вы можете выйти из плана страхования в течение открытого периода регистрации

Вы можете прекратить свое участие в плане в течение **открытого периода регистрации** каждый год. В это время вы можете пересмотреть свое страховое покрытие медицинских услуг и лекарств и принять решение о страховом покрытии на следующий год.

- **Открытый период регистрации** длится с **15 октября по 7 декабря**.
- **Вам следует решить, будете ли вы сохранять свое текущее страховое покрытие или менять страховое покрытие на следующий год.** Если вы приняли решение поменять план страхования на новый, вы можете выбрать любой из следующих типов покрытия:
    - Другой план медицинского страхования Medicare, предусматривающий или не предусматривающий страховое покрытие лекарственных препаратов.
    - Original Medicare *с* участием в отдельном плане покрытия лекарств в рамках Medicare.
    - Original Medicare *без* участия в отдельном плане покрытия лекарств в рамках Medicare.
    - Интегрированный план D-SNP, предоставляющий услуги по программе Medicare и большинство или все услуги по программе Medicaid в одном плане (если вы соответствуете условиям участия в таком плане).

Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь» от Medicare, которая оплачивает расходы на рецептурные препараты: если вы переходите в программу Original Medicare и при этом не регистрируетесь в отдельном плане Medicare с покрытием рецептурных лекарственных препаратов, программа Medicare может включить вас в такой план самостоятельно, если только вы не отказались от автоматической регистрации в таком плане.

Примечание. Если вы отказываетесь от страхового покрытия расходов на рецептурные препараты по программе Medicare, больше не участвуете в программе «Дополнительная помощь» и у вас не будет надежного покрытия лекарственных препаратов в течение 63 или более дней подряд, вам, возможно, придется платить надбавку за позднюю регистрацию в программе Часть D, если позднее вы станете участником плана покрытия лекарств по программе Medicare.

- **Ваше участие в нашем плане страхования завершится** 1 января, когда вступит в силу ваше страховое покрытие по новому плану.

Раздел 2.3 Вы можете выйти из плана страхования в течение открытого периода регистрации в Medicare Advantage

В **открытый период регистрации на участие в программе Medicare Advantage** вы можете внести *одно* изменение в свою медицинскую страховку каждый год.

- **Открытый период регистрации на участие в программе Medicare Advantage** действует с 1 января по 31 марта, а также для новых участников программы Medicare, которые вступили в план MA, начиная с месяца приобретения права на участие в программах Часть A и Часть B и заканчивая последним днем 3-го месяца с момента приобретения такого права.

- **В ходе открытого периода регистрации на участие в программе Medicare Advantage** вы можете:

    - перейти на другой план Medicare Advantage с покрытием лекарственных препаратов или без него.

    - выйти из нашего плана страхования и получить страховое покрытие по программе Original Medicare. Если вы перейдете на программу Original Medicare в течение этого периода, одновременно с этим вы также можете присоединиться к отдельному плану Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты.

- **Ваше участие в нашем плане закончится** в первый день месяца после того, как вы перейдете в другой план Medicare Advantage или мы получим ваше заявление о переходе в Original Medicare. Если вы также выбрали регистрацию в плане Medicare с покрытием лекарственных препаратов, то ваше участие в плане страхования с покрытием лекарственных препаратов вступит в силу в первый день следующего месяца после получения вашего запроса на регистрацию в этом плане страхования.

Раздел 2.4 При определенных обстоятельствах вы можете выйти из плана страхования в течение особого периода регистрации

При определенных обстоятельствах вы можете выйти из плана страхования в другие периоды в течение года. Это называется **особым периодом регистрации**.

Вы можете иметь право прекратить свое участие в плане в течение особого периода регистрации, если вы соответствуете каким-либо из перечисленных ниже условий. Это лишь примеры. Полный список можно получить в нашем плане, позвонив в программу Medicare или посетив веб-сайт Medicare.gov.

- Обычно, когда вы переезжаете.
- Если вы являетесь участником программы California Medi-Cal (Medicaid).
- Если вы имеете право на получение дополнительной помощи в оплате страхового покрытия лекарственных препаратов по программе Medicare.
- Если мы нарушим заключенный с вами договор.
- Если вы получаете медицинское обслуживание в таких учреждениях, как центр сестринского ухода или учреждение долгосрочного медицинского ухода (LTC).
- Если вы зарегистрировались в Программе комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей (PACE).
- **Примечание.** Если вы участвуете в программе контроля приема лекарств, вы можете иметь право только на определенные особые периоды регистрации. Подробную информацию о программах контроля приема лекарств см. в разделе 10 главы 5.
- **Примечание.** В разделе 2.1 приведена подробная информация об особом периоде регистрации для участников программы Medicaid.

Даты и сроки доступности регистрации зависят от вашей ситуации.

Чтобы узнать, имеете ли вы право на особый период регистрации, позвоните в представительство программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. Если вы имеете право на выход из плана страхования ввиду особых обстоятельств, то вы можете поменять одновременно и свое страховое покрытие медицинского обслуживания, и страховое покрытие лекарственных препаратов в рамках Medicare. Вы можете выбрать:

- Другой план медицинского страхования Medicare, предусматривающий или не предусматривающий страховое покрытие лекарственных препаратов,
- Original Medicare *с* участием в отдельном плане покрытия лекарств в рамках Medicare,
- Original Medicare *без* участия в отдельном плане покрытия лекарств в рамках Medicare,
- Интегрированный план D-SNP, предоставляющий услуги по программе Medicare и большинство или все услуги по программе Medicaid в одном плане (если вы соответствуете условиям участия в таком плане).

Примечание. Если вы отказываетесь от страхового покрытия расходов на рецептурные препараты по программе Medicare, больше не участвуете в программе «Дополнительная помощь» и у вас не будет надежного покрытия лекарственных препаратов в течение 63 или более дней подряд, вам, возможно, придется платить надбавку за позднюю регистрацию в программе Часть D, если позднее вы станете участником плана покрытия лекарств по программе Medicare.

Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь» от программы Medicare для оплаты ваших лекарственных препаратов, покрываемых страховкой: если вы переходите в программу Original Medicare и при этом не регистрируетесь в отдельном плане Medicare с покрытием лекарственных препаратов, программа Medicare может включить вас в такой план самостоятельно, если только вы не отказались от автоматической регистрации в таком плане.

После вашего запроса на смену плана страхования, **как правило, ваше участие в плане будет прекращено** в первый день следующего месяца.

Примечание. Подробную информацию об особом периоде регистрации для участников программы Medicaid и «Дополнительная помощь» см. в разделах 2.1 и 2.2.

Раздел 2.5 Получение дополнительной информации о том, когда может быть прекращено ваше участие

Если у вас возникли вопросы по поводу прекращения участия в плане страхования, вы можете:

- **Позвонить в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711)**
- Найти информацию в справочнике ***Medicare и вы за 2027 год***
- Позвонить в программу **Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (при использовании TTY набирайте 1-877-486-2048)

РАЗДЕЛ 3 Порядок прекращения вашего участия в нашем плане

В таблице ниже объясняется, каким образом вы можете завершить участие в нашем плане страхования.

Чтобы перейти с нашего плана на:	Порядок действий:
Другой план медицинского страхования Medicare	• Зарегистрируйтесь в новом плане страхования Medicare. • Вы будете автоматически исключены из плана Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP), когда вступит в силу страховое покрытие по вашему новому плану.
Original Medicare *с* участием в отдельном плане покрытия лекарств в рамках Medicare	• Зарегистрируйтесь в новом плане Medicare с покрытием лекарственных препаратов. • Вы будете автоматически исключены из плана Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP), когда вступит в силу страховое покрытие лекарственных препаратов по вашему новому плану.
Original Medicare *без* участия в отдельном плане покрытия лекарств в рамках Medicare	• **Отправьте нам письменный запрос на ваше исключение или посетите наш веб-сайт, чтобы выйти из плана онлайн.** Если вам нужна дополнительная информация о том, как это сделать, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711). • Вы также можете обратиться в программу **Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и попросить об исключении из плана страхования. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. • Вы будете исключены из плана Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP), когда вступит в силу страховое покрытие по программе Original Medicare.

Примечание. Если вы отказываетесь от страхового покрытия расходов на рецептурные препараты по программе Medicare, больше не участвуете в программе «Дополнительная помощь» и у вас не будет надежного покрытия лекарственных препаратов в течение 63 или более дней подряд, вам, возможно, придется платить надбавку за позднюю регистрацию в программе Часть D, если позднее вы станете участником плана покрытия лекарств по программе Medicare.

С вопросами о ваших льготах по программе California Medi-Cal (Medicaid) звоните по телефону 1-800-541-5555, TTY 1-800-430-7077, с понедельника по пятницу с 8:00 a.m. до 5: 00 p.m. PT. Узнайте, как вступление в другой план страхования или возвращение в программу Original Medicare влияет на получение вами страхового покрытия в рамках California Medi-Cal (Medicaid).

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

Пока не закончится срок вашего участия в нашем плане страхования и не начнет действовать новое покрытие по программе Medicare и California Medi-Cal (Medicaid), вы должны продолжать получать медицинские товары, услуги и лекарства по рецепту через наш план.

- **Продолжайте пользоваться услугами поставщиков нашей сети для получения медицинской помощи.**
- **Продолжайте получать рецептурные лекарственные препараты в сетевых аптеках или аптеках с возможностью заказа по почте.**
- **Если вы будете госпитализированы в день прекращения вашего участия в плане, то ваше пребывание в больнице до даты выписки будет покрываться нашим планом** (даже если вы будете выписаны уже после того, как ваше новое медицинское страховое покрытие вступит в силу).

РАЗДЕЛ 5 План Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) должен прекратить ваше участие в плане в определенных ситуациях

План Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) должен прекратить ваше участие в плане в следующих случаях:

- Вы больше не являетесь участником программы Medicare Part A и Part B.
- Вы больше не имеете права на участие в программе California Medi-Cal (Medicaid). Как указано в разделе 2.1 главы 1, наш план предназначен для лиц, имеющих право на участие в программах Medicare и California Medi-Cal (Medicaid). Если вы больше не отвечаете особым критериям соответствия условиям нашего плана, ваше участие в нем прекратится через 3 месяца. Однако в этот период план Medicare Advantage не несет ответственности за покрытие любых услуг по программе California Medi-Cal (Medicaid),

которые могут быть включены в план Medicaid штата. Вы получите от нас уведомление об окончании вашего участия и доступных вам вариантах. Если у вас возникли вопросы относительно вашего права на участие в программе, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

- Период, когда вы считаетесь все еще имеющими право на участие в плане страхования, составляет 3 месяца. Период, когда вы считаетесь все еще имеющими право на участие в плане страхования, начинается в первый день месяца, следующего за месяцем, в котором мы получили уведомление от штата, что вы потеряли статус человека с особыми потребностями.

- Если вы не оплатите излишком медицинские счета, если применимо.
- Вы переезжаете из нашей зоны обслуживания.
- Если вы находитесь за пределами нашей территории обслуживания более 6 месяцев.
  - Если вы переезжаете или надолго уезжаете, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) и выясните, находится ли то место, куда вы переезжаете, в зоне обслуживания нашего плана.
- Вас лишают свободы (вы получаете срок тюремного заключения).
- Вы больше не являетесь гражданином или подданным Соединенных Штатов либо не имеете право на получение пособий в качестве иностранного гражданина, не являющегося гражданином США.
- Вы предоставили недостоверную информацию или скрыли информацию о другой программе страхования, предусматривающей покрытие расходов на препараты, участником которой вы являетесь.
- Вы намеренно предоставили нам неточную информацию при вступлении в наш план, что обеспечило ваше соответствие критериям для участия. (Мы не можем прекратить ваше участие в плане по этой причине, пока не получим разрешение от программы Medicare.)
- Если вы постоянно демонстрируете деструктивное поведение, из-за чего нам сложно предоставлять медицинское обслуживание вам и другим участникам нашего плана. (Мы не можем прекратить ваше участие в плане по этой причине, пока не получим разрешение от программы Medicare.)
- Вы позволяете другому лицу получать медицинскую помощь по вашей карте участника плана. (Мы не можем прекратить ваше участие в плане по этой причине, пока не получим разрешение от программы Medicare.)
  - Если ваше участие в плане страхования прекращено по этой причине, программа Medicare может отправить генеральному инспектору запрос на проведение расследования вашего случая.

Если у вас возникли вопросы или вы хотите получить дополнительную информацию о том, в каких случаях мы можем прекратить ваше участие, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

Раздел 5.1 Мы не можем требовать, чтобы вы вышли из нашего плана страхования по любой связанной с состоянием здоровья причине

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) не разрешается просить вас выйти из плана по причинам, связанным с состоянием вашего здоровья.

Что делать, если это произошло?

Если вы считаете, что вас просят выйти из плана по причине, связанной со здоровьем, позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.

Раздел 5.2 Вы имеете право подать жалобу, если мы прекратим ваше участие в плане

Если мы прекращаем ваше участие в нашем плане страхования, мы должны в письменном виде сообщить вам причины этого решения. Кроме того, мы должны разъяснить вам порядок подачи претензии или жалобы в связи с нашим решением о прекращении вашего участия.

ГЛАВА 11.
Предусмотренные законом уведомления

РАЗДЕЛ 1 Уведомление о регулирующем законодательстве

Основной закон, применяющийся в отношении настоящего *Документа об объеме страховой ответственности страховщика,* — глава XVIII Закона о социальном обеспечении, а также нормативно-правовые акты, подготовленные согласно Закону о социальном обеспечении Центрами предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS). Кроме того, могут применяться другие федеральные законы и при определенных обстоятельствах законы штата, в котором вы проживаете. Эти законы могут влиять на ваши права и обязанности, даже если они не упоминаются или не разъясняются в настоящем документе.

РАЗДЕЛ 2 Уведомление о недопущении дискриминации

Наш план медицинского страхования соблюдает требования федерального законодательства о гражданских правах. **Мы не допускаем дискриминации** на основании расовой и этнической принадлежности, национального происхождения, цвета кожи, религии, пола, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, поданных ранее страховых требований, истории болезни, генетической информации, доказательства страховой приемлемости или географического местонахождения в пределах зоны обслуживания. Все организации, предлагающие планы Medicare Advantage, аналогичные нашему плану, должны соблюдать федеральные законы о предотвращении дискриминации, в том числе главу VI Закона о гражданских правах 1964 года, Закон о реабилитации людей с ограниченными возможностями 1973 года, Закон о дискриминации по возрасту 1975 года, Закон о защите прав граждан США с ограниченными возможностями, раздел 1557 Закона о доступном медицинском обслуживании, все другие законы, регламентирующие деятельность организаций, которые получают финансирование из федерального бюджета, а также все другие законы и нормативные акты, применимые по иным основаниям.

Если вам нужна дополнительная информация или у вас возникли опасения по поводу дискриминации или несправедливого обращения, позвоните в **Управление по гражданским правам** Департамента здравоохранения и социального обеспечения по номеру 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) или в местное отделение Управления по гражданским правам. Вы также можете ознакомиться с информацией, предоставленной Управлением по гражданским правам Департамента здравоохранения и социального обеспечения по адресу HHS.gov/ocr/index.html.

Если в связи с ограниченностью ваших физических возможностей вам при получении обслуживания требуется помощь, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711). Если вы хотите пожаловаться, например, на проблему с доступом в медицинское учреждение для лиц, использующих инвалидные коляски, отдел обслуживания участников плана может вам помочь.

РАЗДЕЛ 3 Уведомление о правах вторичного плательщика Medicare на суброгацию

Мы имеем право и обязанность взимать плату за покрываемые Medicare услуги, в отношении которых Medicare не является основным плательщиком. В соответствии с правилами CMS, включенными в разделы 422.108 и 423.462 главы 42 CFR, *наш план* как компания, финансирующая план Medicare Advantage, осуществляет такие же права взыскания, которые осуществляет Секретарь согласно правилам CMS, предусмотренным в подпунктах B–D части 411 главы 42 CFR, при этом правила, предусмотренные данным разделом, заменяют собой любые законы штата.

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

При получении травмы

Если вы получили травму, заболевание или состояние в результате действий другого лица, компании или вас самих («ответственная сторона»), наш план обеспечит выплаты за покрываемые услуги, которые вы получите. Однако если вы получаете денежную компенсацию или имеете право на получение компенсации в связи с вашей травмой, заболеванием или состоянием, будь то в результате урегулирования, судебного решения или любой другой выплаты, связанной с вашей травмой, болезнью или состоянием, наш план и/или поставщики услуг сохраняют право на возмещение стоимости любых услуг, предоставленных вам в рамках данного плана, в соответствии с действующим законодательством штата.

В настоящем положении термин «ответственная сторона» означает любое физическое или юридическое лицо, фактически или потенциально ответственное за вашу травму, заболевание или состояние. Термин «ответственная сторона» включает страховщика ответственности или другого страховщика ответственного лица или организации.

К примерам ситуаций, когда вы можете получить травму, заболевание или состояние в результате действий ответственной стороны, относятся, в том числе, следующие:

- Вы попали в автомобильную аварию
- Вы поскользнулись и упали в магазине или
- Вы подверглись воздействию опасного химического вещества на рабочем месте

Право нашего плана на возмещение распространяется на все суммы, полученные вами от ответственной стороны, включая следующие:

- Выплаты, произведенные третьей стороной или любой страховой компанией от имени третьей стороны
- Страхование незастрахованного/недостаточно застрахованного автомобилиста
- Страхование от личного ущерба, страхование «без вины» или любое другое страхование первой стороны
- Страхование от несчастного случая на рабочем месте или выплаты по инвалидности
- Страховое покрытие медицинских расходов в рамках любого полиса автомобильного страхования, страхования помещений или недвижимости или расширенного страхования
- Любое соглашение или судебное решение, полученное в результате судебного процесса или другого судебного разбирательства
- Любые другие выплаты из любого другого источника, полученные в качестве компенсации за действия или бездействие ответственного лица

Соглашаясь на получение страхового покрытия по данному плану, вы соглашаетесь с тем, что наш план имеет первоочередное право на суброгацию и возмещение расходов, которое возникает в том случае, если данный план оплатил покрываемые услуги, которые вы получили в результате действий или бездействия ответственной стороны, и вы или ваш представитель взыскиваете или имеете право взыскать какие-либо суммы с ответственной стороны.

Соглашаясь на получение страхового покрытия по данному плану, вы также (i) передаете нашему плану свое право на взыскание медицинских расходов из любого имеющегося покрытия в пределах полной стоимости всех покрываемых услуг, предоставляемых планом в связи с вашей травмой, заболеванием или состоянием, и (ii) соглашаетесь специально направить ответственную сторону на прямое возмещение расходов плану от вашего имени.

Соглашаясь на получение страхового покрытия по данному плану, вы также предоставляете нашему плану право первоочередного залога на любое взыскание, урегулирование, судебное решение или другой источник компенсации, а также на все возмещения полной стоимости оплаченных по плану покрываемых услуг, связанных с вашей травмой, заболеванием или состоянием, вызванными действиями или бездействием ответственной стороны. Этот приоритет применяется независимо от того, указаны ли суммы конкретно в качестве взыскания медицинских расходов, и независимо от того, полностью ли были компенсированы ваши убытки. Наш план может взыскать полную стоимость всех услуг, предоставляемых по данному плану, независимо от наличия вины с вашей стороны, будь то относительная небрежность или иное. Из суммы взыскания по нашему плану не может быть вычтена оплата услуг адвоката, и наш план не обязан оплачивать или участвовать в оплате судебных издержек или гонораров адвокатов, нанятых для подачи страхового требования или иска против любой ответственной стороны.

Действия, которые вам необходимо предпринять

Если вы получили травму, заболевание или состояние по вине ответственной стороны, вы должны сотрудничать с нашим планом и/или лечащим врачом в целях возмещения своих расходов, включая следующее:

- Сообщите нашему плану или лечащему врачу, в зависимости от ситуации, имя и адрес ответственной стороны и/или ее адвоката, если они вам известны; имя и адрес вашего адвоката, если вы пользуетесь услугами адвоката; имя и адрес любой страховой компании, участвующей в деле; а также описание того, как была вызвана травма, заболевание или состояние.
- Заполняйте любые документы, которые наш план или лечащий врач может обоснованно потребовать для оказания помощи в реализации залогового права или права на взыскание.
- Оперативно отвечайте на запросы нашего плана или лечащего врача о состоянии дела или страхового требования и любых переговорах по урегулированию.
- Немедленно уведомляйте наш план при получении вами или вашим адвокатом каких-либо денежных средств от ответственного лица или из любого другого источника.
- Выплачивайте залог на медицинское обслуживание или суммы взыскания по плану из любого взыскания, урегулирования или судебного решения, или другого источника компенсации, включая выплату всего возмещения, причитающегося нашему плану, за полную стоимость услуг по плану, связанных с вашей травмой, заболеванием или состоянием по вине ответственной стороны, независимо от того, указано ли это конкретно в качестве взыскания медицинских расходов, и независимо от того, полностью ли были компенсированы ваши убытки.
- Не предпринимайте никакие действия, ущемляющие изложенные выше права нашего плана. Это включает, в частности, воздержание от любых попыток снизить или исключить из урегулирования или взыскания полную стоимость всех услуг, покрытых планом, или от попыток лишить наш план его первоочередного права на возмещение или залогового права.
- Сохраняйте любые средства, полученные вами или вашим адвокатом от ответственной стороны или из любого другого источника, и возмещайте нашему плану или лечащему врачу, в зависимости от ситуации, сумму взыскания, причитающуюся плану, сразу же после получения вами оплаты и до выплаты любым другим потенциальным держателям залоговых прав или третьим лицам, претендующим на право возмещения.
- Вы обязаны содействовать нам в процессе взыскания такого возмещения или переплат.

РАЗДЕЛ 5 Карта участника плана страхования

Карта участника плана страхования, выданная нашим планом в соответствии с настоящим *Документом об объеме страховой ответственности страховщика*, предназначена только для установления вашей личности. Владение картой участника плана страхования не дает права на получение услуг или других льгот в рамках настоящего *Документа об объеме страховой*

ответственности страховщика. Чтобы иметь право на услуги или страховое покрытие в соответствии с настоящим *Документом об объеме страховой ответственности страховщика*, владелец карты должен иметь право на страховое покрытие и быть зарегистрированным в качестве участника в соответствии с настоящим *Документом об объеме страховой ответственности страховщика*. Лицо, получающее услуги, на которые оно не имеет права в соответствии с настоящим *Документом об объеме страховой ответственности страховщика*, будет нести ответственность за оплату этих услуг. Во время получения услуги участник должен предъявить карту участника плана, а не карту участника программы Medicare. При необходимости замены карты участника плана страхования позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

Примечание. Любой участник плана, сознательно допустивший злоупотребление или неправильное использование карты участника, может быть исключен из плана по уважительной причине. Наш план обязан сообщать в Управление генерального инспектора об исключении участника из плана в результате злоупотребления или неправомерного использования карты, что может привести к уголовному преследованию.

РАЗДЕЛ 6 Независимые подрядчики

Отношения нашего плана с любым сотрудничающим поставщиком услуг представляют собой отношения с независимым подрядчиком. Сотрудничающие с планом поставщики услуг не являются ни сотрудниками, ни представителями нашего плана. В свою очередь, наш план и сотрудники нашего плана не являются ни сотрудниками, ни представителями сотрудничающего с планом поставщика услуг. Ни при каких обстоятельствах наш план страхования не несет ответственности за халатность, неправомерные действия или бездействие как сотрудничающих, так и не сотрудничающих с планом поставщиков медицинских услуг. Отношения «врач-пациент» с участником плана поддерживают сотрудничающие с планом врачи, но не сам план страхования. Наш план страхования не выступает поставщиком медицинских услуг.

РАЗДЕЛ 7 Мошенничество в отношении плана медицинского страхования

Мошенничество в отношении плана медицинского страхования — это злонамеренный обман плана или введение его в заблуждение поставщиком услуг, участником, сотрудником либо любым лицом, действующим от их имени. Мошенничество преследуется как уголовное преступление. Любое лицо, которое умышленно и сознательно участвует в деятельности, направленной на обман плана медицинского страхования (например, подает жалобу, содержащую ложное или вводящее в заблуждение заявление), может быть признано виновным в мошенничестве в отношении плана медицинского страхования.

Если у вас вызывают сомнения суммы, указанные в счете или в Разъяснении страховых выплат, либо вам известно или у вас есть подозрения о какой-либо незаконной деятельности, позвоните на нашу бесплатную горячую линию для сообщений о мошенничестве по номеру 1-866-685-8664 (TTY: 711). Горячая линия для сообщений о мошенничестве работает круглосуточно, без выходных. Все звонки строго конфиденциальны.

РАЗДЕЛ 8 Обстоятельства, не зависящие от плана страхования

В той мере, в которой стихийные бедствия, военные действия, нарушения общественного спокойствия, массовые беспорядки, эпидемии, полное или частичное разрушение учреждений, атомные взрывы и иные виды высвобождения ядерной энергии, нетрудоспособность значимого персонала медицинской группы, чрезвычайные положения или другие подобные обстоятельства, не зависящие от нашего плана, приводят к тому, что учреждения или персонал нашего плана не могут предоставлять либо организовывать услуги или страховое покрытие в соответствии с настоящим *Документом об объеме страховой ответственности страховщика*, обязательства плана предоставлять такие услуги или страховое покрытие ограничиваются требованием, чтобы план добросовестно прилагал все усилия для предоставления либо организации предоставления таких услуг или страхового покрытия с учетом имеющихся у учреждений возможностей и доступности персонала.

ГЛАВА 12. Определения

Амбулаторный хирургический центр — это организация, которая функционирует исключительно с целью оказания амбулаторных хирургических услуг пациентам, не нуждающимся в госпитализации, и чье ожидаемое пребывание в центре не превышает 24 часов.

Апелляция — это процедура, инициируемая вами в том случае, если вы несогласны с нашим решением отклонить запрос на покрытие медицинских услуг или рецептурных препаратов либо оплату услуг или лекарств, которые вы уже получили. Вы также можете подать апелляцию, если не согласны с нашим решением прекратить предоставлять вам уже получаемые услуги.

Биологический препарат — это рецептурный препарат, изготовленный из природных и живых источников, таких как клетки животных, растений, бактерии или дрожжи. Биологические препараты имеют более сложную структуру, чем другие лекарства, и не могут быть точно скопированы, поэтому альтернативные формы называются биоаналогами. (См. также пункты «**Оригинальный биологический препарат**» и «**Биоаналог**»).

Биоаналог — это биологический препарат, который очень похож, но не идентичен оригинальному биологическому препарату. Биоаналоги настолько же безопасны и эффективны, как и оригинальные биологические препараты. Некоторые биоаналоги можно получить в аптеке вместо оригинального биологического препарата без необходимости получать новый рецепт (см. «**Равноценный биоаналог**»).

Патентованный лекарственный препарат — рецептурный препарат, который производится и реализуется фармацевтической компанией, первой разработавшей это лекарство. Патентованные лекарственные препараты содержат ту же формулу активных ингредиентов, что и непатентованные версии лекарственных препаратов. Однако непатентованные лекарственные препараты производятся и реализуются другими производителями лекарственных препаратов и, как правило, недоступны до тех пор, пока не истечет срок действия патента на патентованные лекарственные препараты.

План медицинского обслуживания — план, определяющий, какие услуги вы будете получать и как вы будете их получать. Ваш план может включать медицинские услуги, а также услуги в сфер психического здоровья.

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.

Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов — это этап предоставления льгот на приобретение рецептурных препаратов по программе Часть D, который начинается с момента, когда вы (или другие соответствующие критериям стороны от вашего лица) потратили $2,400 на покрываемые лекарства по программе Часть D в течение года действия страхового покрытия. На этой стадии оплаты вы ничего не платите за покрываемые лекарства по программе Часть D и за исключенные лекарства, покрываемые в рамках расширенного покрытия.

Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS) — федеральное агентство, управляющее программой Medicare.

Дополнительный взнос — это выраженная в процентах (например, 20%) сумма, которую вам, возможно, придется заплатить в качестве вашей доли расходов на услуги или рецептурные препараты.

Жалоба — официальная процедура подачи жалобы называется **предъявлением претензии**. Жалобы подаются *только* в отношении определенных видов проблем. Сюда относятся проблемы, связанные с качеством медицинского обслуживания, временем ожидания и клиентским обслуживанием, которое вы получаете. Сюда же относятся жалобы в отношении ситуаций, когда наш план не соблюдает сроки подачи апелляции.

Центр комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) — это учреждение, которое в основном предоставляет услуги реабилитации после болезни или травмы, включая физиотерапию, социальные или психологические услуги, дыхательную терапию, трудовую терапию, логопедические услуги и услуги по оценке безопасности жилищно-бытовых условий.

Доплата — это сумма, которую вам, возможно, придется заплатить в качестве вашей доли расходов на медицинские услуги или товары, например, за посещение врача, амбулаторный прием или рецептурный препарат. Доплата представляет собой фиксированную сумму (например, $10), а не процент.

Участие в расходах — это сумма, которую участник программы страхования должен заплатить при получении услуг или лекарств. Участие в расходах состоит из любой комбинации следующих трех 3 платежей: (1) любая сумма не покрываемого страховкой минимума, которую план страхования может назначить до того, как будут покрыты услуги или лекарства; (2) любая фиксированная сумма доплаты, требуемая планом страхования при получении определенной услуги или лекарства; (3) любая сумма дополнительного взноса, которая представляет собой процент от общей выплаченной за услугу или лекарство суммы, требуемый планом страхования при получении определенной услуги или лекарства.

Уровень участия в расходах — каждый препарат из перечня покрываемых лекарств относится к одному из шести уровней участия в расходах. Как правило, чем выше уровень участия в расходах, тем больше сумма ваших расходов на лекарство.

Заключение о страховом покрытии — это решение о том, покрывается ли планом страхования прописанный вам препарат, а также сумма (при наличии), которую вы должны заплатить за этот препарат. Как правило, если вы приносите рецепт в аптеку и в аптеке сообщают, что данный препарат не покрывается нашим планом страхования, это не является заключением о страховом

покрытии. Вам необходимо позвонить или написать в страховую компанию, обслуживающую наш план страхования, чтобы запросить официальное заключение о страховом покрытии. Заключения о страховом покрытии в настоящем документе также называются **«решениями о страховом покрытии»**.

Покрываемые лекарственные препараты — термин, которым мы обозначаем все лекарственные препараты, покрываемые нашим планом.

Покрываемые услуги — это термин, используемый для обозначения всех медицинских услуг и принадлежностей, покрываемых нашим планом страхования.

Надежное страховое покрытие расходов на рецептурные препараты — это страховое покрытие рецептурных препаратов (например, предлагаемое работодателем или профсоюзом), сумма которого в среднем составляет не меньше суммы стандартного покрытия рецептурных препаратов в рамках Medicare. Как правило, лица, имеющие такое покрытие, при получении права на участие в программе Medicare могут оставить этот тип покрытия и не платить штраф, если позже решат зарегистрироваться в программе страхового покрытия рецептурных препаратов в рамках Medicare.

Повседневный уход — это персональный уход, предоставляемый в центре сестринского ухода, хосписе или в другом учреждении, когда квалифицированная медицинская помощь или квалифицированный сестринский уход не требуются. Повседневный уход, предоставляемый лицами без профессиональных навыков или специального обучения, включает помощь в повседневной деятельности, например при принятии ванны, одевании, приеме пищи, подъеме с кровати или кресла либо возвращении в них, перемещениях по комнате и использовании ванной. Сюда же может относиться помощь медицинского характера, с которой большинство людей справляется самостоятельно (например, использование глазных капель). Программа Medicare не оплачивает повседневный уход.

Суточная сумма участия в расходах — такой способ оплаты вступает в силу, когда ваш врач прописывает вам запас определенных лекарств менее чем на полный месяц, и вы должны внести доплату. Суточная сумма участия в расходах представляет собой доплату, разделенную на количество дней в месячном запасе лекарственных препаратов. Например, если ваша доплата за месячный запас препарата составляет $30, при этом месячный запас в нашем плане рассчитан на 30 дней, тогда «суточная сумма участия в расходах» составит $1 в день.

Не покрываемый страховкой минимум — это сумма, которую вы должны заплатить за медицинское обслуживание или рецептурные препараты, прежде чем их оплатит наш план страхования.

Выход из страхового плана — это процесс прекращения вашего участия в нашем плане страхования.

Сбор за выдачу лекарства — это сбор, взимаемый каждый раз при получении покрываемого лекарственного препарата по рецепту в целях оплаты стоимости пополнения вашего запаса аптекой, включая время фармацевта на подготовку и упаковку препарата.

Планы страхования для лиц с особыми потребностями и правом на участие в двух программах страхования (D-SNP) — в план страхования D-SNP зачисляются лица, имеющие право на участие в программе страхования Medicare (в соответствии с главой XVIII Федерального закона о социальном обеспечении), а также на медицинскую помощь в рамках плана Medicaid штата (в соответствии с главой XIX). В зависимости от штата и права человека на участие в программе некоторые расходы по программе Medicare покрываются штатом.

Лицо, имеющее право на участие в двух программах, — это лицо, имеющее право на страховое покрытие в рамках Medicare и Medicaid.

Медицинское оборудование длительного пользования (DME) — это определенное медицинское оборудование, которое заказывает ваш лечащий врач по медицинским показаниям. Например: ходунки, инвалидные коляски, костыли, системы ортопедических матрасов, материалы для больных сахарным диабетом, насосы для внутривенной инфузии, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование, небулайзеры или заказываемые поставщиком услуг больничные койки для использования на дому.

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

Экстренная медицинская помощь — это покрываемые услуги, которые: (1) оказываются поставщиком услуг, имеющим квалификацию для оказания экстренной помощи; (2) необходимы для лечения, оценки или стабилизации неотложного состояния.

Документ об объеме страховой ответственности страховщика (EOC) и условия предоставления страхового покрытия — это настоящий документ вместе с вашей формой регистрации и любыми другими приложениями, дополнительными условиями или документами о выбранных дополнительных видах страховки, который содержит информацию о предоставленном вам страховом покрытии, наших обязанностях, а также ваших правах и обязанностях в связи с участием в нашем плане.

Исключение — это тип решения о страховом покрытии, которое в случае одобрения позволяет вам получить лекарство, которого нет в справочнике лекарств (исключение из справочника

лекарств), либо получить непредпочтительный лекарственный препарат на более низком уровне участия в расходах (исключение в отношении лекарственного препарата определенного уровня). Вы также можете запросить исключение из правил, если наш план требует, чтобы вы попробовали другое лекарство до получения запрашиваемого препарата, если наш план требует получения предварительного разрешения на препарат и вы хотите, чтобы мы отказались от ограничения критериев, либо если наш план ограничивает количество или дозировку запрашиваемого вами лекарства (исключение из справочника лекарств).

Дополнительная помощь — это помощь, предоставляемая в рамках программы Medicare лицам с ограниченными доходами и ресурсами в оплате их расходов на рецептурные препараты по плану Medicare, в частности, страховых взносов, не покрываемого страховкой минимума и дополнительных взносов.

Непатентованный препарат — отпускаемое по рецепту лекарство, одобренное FDA как имеющее в своем составе те же активные ингредиенты, что и патентованный препарат. Как правило, непатентованный лекарственный препарат оказывает тот же эффект, что и патентованный лекарственный препарат, но обычно стоит дешевле.

Претензия — это тип жалобы, предъявляемой к нашему плану, поставщикам услуг или аптекам, включая жалобы относительно качества оказываемого вам обслуживания. Это не касается споров о покрытии или оплате.

Оценка состояния здоровья (HRA) —это 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 — это лицо, которое предоставляет услуги, не требующие профессиональных навыков дипломированной медсестры или терапевта, такие как помощь с личной гигиеной (принятие ванны, пользование туалетом, одевание или выполнение предписанных упражнений).

Хоспис — это услуга, предусматривающая специальное лечение для участника, находящегося на терминальной стадии болезни в соответствии с медицинским заключением, что подразумевает предполагаемую продолжительность жизни не более 6 месяцев. Наш план обязан предоставить вам список хосписов, находящихся в вашем регионе. Если вы поступили в хоспис, но продолжаете платить ежемесячный страховой взнос, то вы остаетесь участником нашего плана. Вы по-прежнему можете получать все необходимые по медицинским показаниям услуги, а также предлагаемые нами дополнительные услуги.

Пребывание в стационаре больницы — это термин, используемый в случаях, когда вы официально поступили в больницу для получения квалифицированных медицинских услуг. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом.

Сумма связанной с доходом ежемесячной корректировки (IRMAA) — если ваш валовой доход с поправками и изменениями, указанный в декларации IRS 2 года назад, превышает определенную

сумму, вам придется платить стандартную сумму страхового взноса, а также сумму связанной с доходом ежемесячной корректировки (IRMAA). Сбор IRMAA представляет собой дополнительный сбор, который суммируется с вашим страховым взносом. Этот сбор затрагивает менее 5% людей, участвующих в программе Medicare, поэтому для большинства сумма ограничивается стандартным взносом.

Стадия первоначального страхового покрытия — это стадия после выплаты не покрываемого страховкой минимума (если у вас таковой имеется) и до того, как ваши личные расходы за год достигли пороговой суммы.

Первоначальный период регистрации — это период времени, в течение которого вы можете зарегистрироваться в программе Medicare Part A и Part B после того, как впервые получаете право на участие в программе Medicare. Если вам предоставляется право на участие в программе Medicare по достижении 65 лет, для вас первоначальный период регистрации составляет 7 месяцев и начинается за 3 месяца до того месяца, в котором вам исполнится 65 лет, и заканчивается через 3 месяца после месяца вашего 65-летия.

Интегрированный план D-SNP — план D-SNP, покрывающий услуги по программе Medicare и большинство или все услуги по программе Medicaid в одном плане для определенных групп лиц, имеющих право на участие как в Medicare, так и в Medicaid. Такие лица также называются лицами, имеющими право на участие в двух программах с полным страховым покрытием.

Равноценный биоаналог — это биоаналог, который можно получить в аптеке вместо оригинального биопрепарата без необходимости получать новый рецепт, поскольку он соответствует дополнительным требованиям, связанным с возможностью автоматической замены. Автоматическая замена в аптеке регулируется законодательством штата.

Перечень покрываемых лекарств (справочник лекарств или Перечень лекарств) — это список рецептурных препаратов, покрываемых нашим планом страхования.

Субсидия при низком доходе (LIS) — см. пункт «Дополнительная помощь».

Программа скидок от производителя — это программа, в рамках которой производители лекарственных препаратов выплачивают часть установленной нашим планом полной стоимости покрываемых патентованных лекарственных препаратов и биопрепаратов по программе Часть D. Скидки устанавливаются по договорам, заключенных между федеральным правительством и производителями лекарственных препаратов.

Максимальная справедливая цена — цена, согласованная программой Medicare для лекарственного препарата из подборки.

Максимальная сумма личных расходов — это максимальная сумма ваших личных расходов на покрываемые услуги по программе Часть A и Часть B в рамках сети в течение календарного года. Суммы, которые вы платите в качестве страховых взносов по программе Medicare Part A и Part B, а также за рецептурные лекарственные препараты, не идут в счет максимальной суммы личных

расходов. (**Примечание.** Поскольку участники нашего плана страхования также получают финансовую поддержку от Medicaid, они очень редко достигают максимальной суммы личных расходов.)

Medicaid (или Medical Assistance) — это программа, реализуемая совместно государством и штатом, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым группам лиц с низким доходом и ограниченными ресурсами. Программы Medicaid разных штатов отличаются друг от друга; тем не менее большая часть расходов на медицинское обслуживание покрывается при условии, что вы соответствуете требованиям для участия как в программе Medicare, так и в программе Medicaid.

Медицинская группа — это объединение врачей, в том числе PCP и специалистов, а также прочих поставщиков медицинских услуг, включая больницы, которые заключили договор с планом на предоставление услуг участникам. См. раздел 4.2 главы 1.

Установленное медицинское показание — применение лекарственного препарата, одобренного FDA или рекомендуемого определенными авторитетными источниками, такими как American Hospital Formulary Service Drug Information и Динформационная система Micromedex DRUGDEX.

Необходимость по медицинским показаниям — это услуги, принадлежности или лекарственные препараты, которые необходимы вам для профилактики, диагностики или лечения вашего заболевания и при этом соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики.

Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для лиц в возрасте от 65 лет, некоторых лиц моложе 65 лет с определенными инвалидностями, а также лиц с терминальной стадией почечной недостаточности (как правило, необратимая почечная недостаточность, требующая диализа или пересадки почки).

Открытый период регистрации на участие в программе Medicare Advantage — это период времени с 1 января по 31 марта, когда участники плана Medicare Advantage могут отменить свою регистрацию в плане и перейти в другой план Medicare Advantage или получить покрытие по программе Original Medicare. Если вы решите перейти на программу Original Medicare в течение этого периода, одновременно с этим вы также можете присоединиться к отдельному плану Medicare с покрытием расходов на лекарственные препараты. Открытый период регистрации на участие в программе Medicare Advantage также действует в течение 3 месяцев после того, как человек впервые получил право на участие в программе Medicare.

План Medicare Advantage (MA) (другое название — Medicare Part C) — это план, предоставляемый частной компанией, которая заключает с программой Medicare договор по предоставлению вам услуг по программе Medicare Part A и Part B. В качестве плана Medicare Advantage может выступать i) план HMO, ii) план PPO, iii) частный план со сдельным способом оплаты услуг (PFFS) или iv) план Medicare Medical Savings Account (MSA). Помимо выбора из этих типов планов, план Medicare Advantage HMO или PPO также может выступать в качестве плана для лиц с особыми потребностями (SNP). В большинстве случаев планы Medicare Advantage также включают

программу Medicare Part D (страховое покрытие рецептурных лекарственных препаратов). Такие планы страхования называются **планами Medicare Advantage со страховым покрытием рецептурных лекарственных препаратов**.

Услуги, покрываемые по программе Medicare — это услуги, покрываемые по программе Medicare Part A и Part B. Все планы медицинского страхования Medicare должны покрывать все услуги, которые покрываются в рамках программы Medicare Part A и B. Термин «услуги, покрываемые по программе Medicare» не включает дополнительные услуги, такие как офтальмологические, стоматологические и сурдологические услуги, которые может предлагать план Medicare Advantage.

План медицинского страхования Medicare — этот план страхования предлагается частной компанией, которая заключает с программой Medicare договор по предоставлению услуг в рамках программы Часть A и Часть B участникам программы Medicare, которые зарегистрированы в нашем плане страхования. Сюда относятся все планы Medicare Advantage, планы Medicare со сниженной стоимостью услуг, планы для лиц с особыми потребностями, демонстрационные/пилотные программы, а также программы комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей (PACE).

Покрытие рецептурных препаратов в рамках Medicare (Medicare Part D) — это страхование, помогающее с оплатой амбулаторных рецептурных лекарств, вакцин, биологических препаратов и некоторых товаров, на которые не распространяется покрытие по программе Medicare Part A или Part B.

Программа контроля лекарственного лечения (MTM) — программа в рамках Medicare Part D, предназначенная для удовлетворения сложных медицинских потребностей лиц, соответствующих определенным требованиям или участвующих в программе контроля приема лекарств. Как правило, услуги MTM включают обсуждение лекарств с фармацевтом или поставщиком медицинских услуг.

Полис Medigap (дополнительная страховка по программе Medicare) — это дополнительная страховка по программе Medicare, которую можно оформить в частной страховой компании, чтобы перекрыть *периоды отсутствия страхового покрытия* по программе Original Medicare. Полис Medigap действует только в отношении Original Medicare. (План Medicare Advantage не представляет собой полис Medigap.)

Участник программы страхования (участник нашего плана страхования, участник плана страхования) — это человек, участвующий в программе Medicare, который имеет право на получение покрываемых услуг, зарегистрирован в нашем плане страхования и чья регистрация была подтверждена Центрами предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS).

Отдел обслуживания участников плана — это отдел в рамках нашего плана, ответственный за ответы на ваши вопросы о вашем участии, страховых покрытиях, претензиях и апелляциях.

Сетевая аптека — это аптека, заключившая договор с нашим планом, в которой участники нашего плана могут получить покрываемые рецептурные лекарственные препараты.

В большинстве случаев ваши рецептурные препараты покрываются планом страхования только при условии, что они приобретаются в одной из наших сетевых аптек.

Сетевой поставщик услуг — **поставщик услуг** — это общий термин, которым мы обозначаем врачей, прочих медицинских специалистов, больницы и другие медицинские учреждения, которые имеют лицензию или сертификат на оказание медицинских услуг, выданные программой Medicare и правительством штата. **Сетевые поставщики услуг** заключили договор с нашим планом страхования, согласно которому они готовы принимать наши выплаты в качестве полной оплаты услуг и в некоторых случаях не только предоставлять покрываемые услуги участникам нашего плана страхования, но и координировать их получение. Сетевые поставщики услуг также называются **поставщиками услуг плана**.

Открытый период регистрации — период с 15 октября по 7 декабря каждого года, когда участники могут сменить план медицинского страхования или покрытия лекарств либо перейти на программу Original Medicare.

Заключение организации — это решение, принимаемое нашим планом, о том, покрываются ли товары или услуги, или о том, какую сумму вы должны заплатить за покрываемые товары или услуги. Заключения организации в настоящем документе также называются «решениями о страховом покрытии».

Оригинальный биологический препарат — биологический препарат, одобренный FDA и используемый производителями биоаналогов в качестве препарата сравнения. Другое название — референтный препарат.

Original Medicare (традиционная программа Medicare или Fee-for-Service Medicare) — это программа страхования, финансируемая государством, а не частным планом медицинского страхования, таким как планы Medicare Advantage и планы с покрытием рецептурных лекарственных препаратов. В рамках Original Medicare услуги по программе Medicare покрываются путем выплаты врачам, больницам и другим поставщикам услуг сумм, которые установлены Конгрессом США. Вы можете посетить любого врача, больницу или другого поставщика услуг, который работает по программе Medicare. Вы должны оплатить не покрываемый страховкой минимум. Программа Medicare оплачивает свою долю суммы, утвержденной Medicare, в то время как вы — свою долю. Original Medicare состоит из 2 частей: Часть A (страхование при госпитализации) и Часть B (медицинское страхование), которые доступны на всей территории США.

Внесетевая аптека — это аптека, не заключившая договор с нашим планом страхования с целью координации или предоставлении покрываемых лекарственных препаратов участникам нашего плана страхования. Обычно мы не покрываем лекарства, приобретенные во внесетевых аптеках. Исключения возможны только при определенных условиях.

Внесетевой поставщик услуг, внесетевое медицинское учреждение — поставщик услуг или учреждение, с которыми мы не имеем договоренности в отношении координации или предоставления покрываемых услуг участникам нашего плана страхования. Внесетевые поставщики услуг не являются сотрудниками плана, не принадлежат ему и не находятся под его управлением.

Личные расходы — см. определение термина «участие в расходах» выше. Требование оплаты доли расходов за полученные услуги или лекарства непосредственно участником программы страхования также называется обязательными личными расходами участника.

Пороговая сумма личных расходов — максимальная сумма, которую вы самостоятельно выплачиваете за лекарства по программе Часть D.

План PACE (Программа комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей) — это план, который объединяет медицинские, социальные услуги и длительное обслуживание и поддержку (LTSS) для людей со слабым здоровьем с целью помочь им оставаться независимыми и жить в своем окружении (вместо переезда в центр сестринского ухода) как можно дольше. Участники планов PACE получают услуги, предусмотренные программами Medicare и Medicaid, через наш план.

Часть C — см. статью «План Medicare Advantage» (MA).

Часть D — добровольная программа Medicare по предоставлению страхового покрытия рецептурных лекарственных препаратов.

Лекарственные препараты по программе Часть D — лекарства, которые могут быть покрыты программой Часть D. Мы можем предоставлять все либо не все лекарственные препараты по программе Часть D. Некоторые категории препаратов были исключены Конгрессом из программы Часть D. Определенные категории препаратов по программе Часть D должны покрываться каждым планом.

Надбавка за позднюю регистрацию в программе Часть D — это сумма, выплачиваемая сверх вашего ежемесячного страхового взноса по плану за страховое покрытие рецептурных препаратов по программе Medicare в случае отсутствия у вас надежного страхового покрытия (которое должно обеспечивать в среднем по крайней мере не меньшие выплаты, чем стандартное страховое покрытие Medicare в отношении рецептурных препаратов) непрерывно в течение 63 дней или более после того, как у вас впервые появилось право стать участником программы Часть D. В случае утери права на участие в программе «Дополнительная помощь» на вас может быть наложена соответствующая надбавка за позднюю регистрацию в том случае, если вы проведете 63 или более дней подряд без покрытия препаратов в рамках программы Часть D или иного надежного страхового покрытия.

Привилегированное участие в расходах означает более низкую сумму доплаты за определенные препараты по программе Часть D, включенные в объем страхового покрытия, в случае их приобретения в определенных сетевых аптеках.

Страховой взнос — это периодический платеж в пользу программы Medicare, страховой компании или плана медицинского страхования за покрытие рецептурных препаратов или медицинских услуг.

Профилактические услуги — это медицинские услуги, которые помогают вам оставаться здоровыми, своевременно выявлять проблемы со здоровьем, определять наиболее эффективные методы лечения и предотвращать развитие некоторых заболеваний. Профилактические услуги

включают осмотры, прививки, лабораторные анализы и скрининговые обследования. Они также включают программы мониторинга здоровья, консультирования и обучения, которые помогут вам позаботиться о своем здоровье.

Поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) — это врач или другой поставщик услуг, которого вы посещаете в первую очередь по большинству вопросов, связанных со здоровьем. Многие планы медицинского страхования в рамках Medicare предусматривают, что вы должны посетить своего поставщика первичного медицинского обслуживания, прежде чем обратиться к какому-либо другому поставщику медицинских услуг.

Предварительное разрешение — это выдаваемое заранее разрешение на получение услуг или определенных лекарственных препаратов на основе конкретных критериев. Покрываемые услуги, для которых требуется предварительное разрешение, отмечены особым образом в таблице страхового покрытия в главе 4. Покрываемые лекарственные препараты, для которых требуется предварительное разрешение, отмечены особым образом в справочнике лекарств, а наши критерии покрытия размещены на нашем веб-сайте.

Протезы и ортопедические изделия — это медицинские устройства, включающие, в том числе, ортезы для верхних конечностей, спины и шеи; искусственные конечности; искусственные глаза; а также устройства, необходимые для замещения внутренних органов или компенсации их функции, включая принадлежности для ухода за стомой и энтеральное и парентеральное питание.

Организация повышения качества обслуживания (QIO) — это группа врачей и других специалистов в сфере здравоохранения, финансируемая федеральным правительством и занимающаяся проверкой качества обслуживания пациентов в рамках Medicare и повышением качества работы.

Количественные ограничения — это инструмент управления, предназначенный для ограничения использования лекарственных препаратов по соображениям качества, безопасности или правил применения. Ограничения могут быть установлены на количество лекарственного препарата, которое мы покрываем по одному рецепту, или на определенный срок.

Real Time Benefit Tool (Инструмент проверки стоимости в реальном времени) — это портал или компьютерное приложение, с помощью которого участники программы страхования могут найти полную, точную, своевременную, клинически приемлемую, специфическую для конкретного участника информацию о справочнике лекарств и страховом покрытии. Сюда входят суммы участия в расходах, альтернативные препараты из справочника лекарств, которые могут использоваться для лечения того же заболевания, что и данный препарат, а также ограничения на покрытие (предварительное разрешение, поэтапное лечение, количественные ограничения), которые применяются к альтернативным препаратам.

Направление — письменное распоряжение вашего основного лечащего врача о том, чтобы вы обратились к специалисту или получили определенные медицинские услуги. Без направления наш план может не оплатить услуги специалиста.

Услуги по реабилитации — это услуги, включающие стационарную реабилитационную помощь, физиотерапию (амбулаторную), логопедическую терапию и трудовую терапию.

Лекарственный препарат из подборки — препарат, покрываемый по программе Часть D, по которому программа Medicare договорилась о максимальной справедливой цене.

Зона обслуживания — географическая зона, в которой вы должны проживать, чтобы присоединиться к определенному плану медицинского страхования. Для планов, устанавливающих ограничения относительно врачей и больниц, которые вы можете использовать, как правило, это также область, где вы можете получить плановые (неэкстренные) услуги. Вас могут исключить из нашего плана страхования, если вы переедете для проживания на постоянной основе за пределы зоны обслуживания нашего плана.

Услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода (SNF) — это услуги квалифицированного сестринского ухода и реабилитации, которые предоставляются на постоянной, ежедневной основе в учреждении квалифицированного сестринского ухода. В качестве примера можно привести физиотерапию или внутривенные инъекции, которые может делать только зарегистрированная медсестра или врач.

План для лиц с особыми потребностями — это особый тип плана Medicare Advantage, который обеспечивает более специализированное медицинское обслуживание определенных групп людей, в том числе зарегистрированных в программах Medicare и Medicaid, проживающих в центре сестринского ухода или имеющих определенные хронические заболевания.

Стандартное участие в расходах — это участие в расходах, не являющееся привилегированным, которое предлагается в сетевой аптеке.

Поэтапное лечение — это способ применения лекарственных препаратов, согласно которому сначала необходимо попробовать другое лекарство для лечения вашего заболевания, прежде чем мы покроем стоимость лекарства, которое вам мог изначально прописать ваш врач.

Дополнительный социальный доход (SSI) — это ежемесячное пособие, выплачиваемое Службой социального обеспечения лицам с низким доходом и ограниченными ресурсами, которые относятся к одной из следующих категорий: лица с ограниченными физическими возможностями, слепые, а также лица в возрасте от 65 лет. Пособие SSI не равнозначно другим пособиям, выплачиваемым Службой социального обеспечения.

Услуги неотложной медицинской помощи — покрываемая планом услуга, требующая неотложной медицинской помощи, которая не является экстренной ситуацией, — услуга неотложной медицинской помощи, если либо вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана, либо получение этой услуги у сетевых поставщиков нецелесообразно с учетом вашего времени, места и обстоятельств. Примерами услуг неотложной медицинской помощи служат непредвиденные заболевания и травмы или внезапные обострения существующих заболеваний. Необходимые по медицинским показаниям плановые приемы у поставщика услуг (например, ежегодные медосмотры) не считаются услугами неотложной медицинской помощи, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или сеть поставщиков услуг в рамках нашего плана временно вам недоступна.

Карта Wellcare Spendables® — это дебетовая карта, предоплаченная планом, которая может быть использована для оплаты товаров, описанных в таблице страхового покрытия.

Страница намеренно оставлена пустой.

Страница намеренно оставлена пустой.

Отдел обслуживания участников плана Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

Способ связи	Контактная информация отдела обслуживания участников плана
Тел.	1-800-431-9007 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 нерабочее время, в выходные дни и государственные праздники с 1 апреля по 30 сентября на звонок может ответить автоматизированная телефонная система. Если вы оставляете голосовое сообщение, не забудьте назвать свое имя и номер телефона, и тогда наш сотрудник перезвонит вам в течение одного (1) рабочего дня. Отдел обслуживания участников плана по телефону 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711) также предоставляет бесплатные услуги перевода, доступные для лиц, не говорящих на английском языке.
TTY	711 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.
Вы можете написать по адресу	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
Веб-сайт	go.wellcare.com/HealthNetCA

Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California

Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California является государственной программой, получающей финансирование от федерального правительства для бесплатного консультирования участников программы Medicare по вопросам медицинского страхования на местном уровне.

Способ связи	Контактная информация
Тел.	1-800-434-0222
TTY	1-800-735-2929 Для звонков на этот номер нужно иметь специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
Вы можете написать по адресу	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Веб-сайт	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

Заявление о раскрытии информации в соответствии с законом PRA. *В соответствии с законом «О сокращении бумажного документооборота» 1995 года, никто не обязан отвечать на запрос о сборе информации, если на нем не указан действительный контрольный номер OMB. Действительный контрольный номер OMB для сбора данной информации — 0938-1051. Если у вас есть замечания или предложения по улучшению данной формы, отправьте письмо по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*