Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

Справочник участника плана

H3561_010_001_2027_CA_EOC_DSNP_7001172RUS_C 7108176_CA7CNCEOCRUS_M_0010

1 января – 31 декабря 2027 г.

Страховое покрытие медицинского обслуживания и лекарств посредством плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

Справочник участника плана. Введение

Настоящий *Справочник участника плана* (другое название — *Документ об объеме страховой ответственности страховщика*) содержит сведения о доступном вам страховом покрытии в рамках нашего плана вплоть до 31 декабря 2027 года. Этот документ содержит сведения о медицинских услугах, услугах в сфере психического здоровья (психическое здоровье и лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ), страховом покрытии лекарств, а также долгосрочном обслуживании и поддержке. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в **главе 12** настоящего *Справочника участника плана*.

Это важный юридический документ. Храните его в надежном месте.

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

Настоящий документ может быть бесплатно предоставлен на следующих языках: арабский, армянский, камбоджийский (кхмерский), китайский, фарси, корейский, русский, испанский, тагальский и вьетнамский.

Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, включая шрифт Брайля, крупный шрифт и/или аудиоформат. Для этого позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части этой страницы. Звонок бесплатный.

- По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Такой запрос называется «постоянно действующим». Мы внесем ваш выбор в свою документацию.
- Для подачи или изменения постоянно действующего запроса либо подачи однократного запроса позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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

Arabic

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

Armenian

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

Chinese - Simplified

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-800-431-9007（TTY：711）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-800-431-9007（TTY：711）。这些服务均免费提供。

Chinese - Traditional

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。這些服務均為免費。

Punjabi

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

Hindi

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

Hmong
THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

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

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

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

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

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

Farsi

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

Russian

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

Spanish

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

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

Thai
โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-800-431-9007 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-800-431-9007 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

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

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

Текст на других языках

Вы можете бесплатно получить настоящий *Справочник участника плана* и прочие материалы о плане страхования на других языках. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) предоставляет письменный перевод документов, выполненный квалифицированными переводчиками. Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Звонок бесплатный. Изучите настоящий *Справочник участника плана*, чтобы узнать больше об услугах языковой поддержки при получении медицинского обслуживания, таких как услуги устного и письменного перевода.

Текст в других форматах

Вы можете своевременно бесплатно получить данную информацию в других форматах, таких

как шрифт Брайля, крупный шрифт (20 пунктов), аудиоформат и электронные форматы с поддержкой специальных возможностей (CD с данными). Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Звонок бесплатный.

Языковые услуги

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) на круглосуточной основе бесплатно предоставляет услуги устного перевода и перевода на жестовый язык квалифицированным переводчиком. Вам необязательно прибегать к услугам члена семьи или друга в качестве переводчика. Мы не поощряем привлечение родственников или друзей, особенно несовершеннолетних, в качестве переводчиков, если только это не экстренная ситуация. Языковые услуги, включая услуги устного перевода, предоставляются бесплатно. Услуги устного перевода доступны круглосуточно, без выходных. Для получения помощи на вашем родном языке либо получения экземпляра настоящего справочника на другом языке позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Звонок бесплатный.

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP), 2027 г.

Справочник участника плана

Содержание

Глава 1. Информация для новых участников плана 12

Глава 2. Важные номера телефонов и ресурсы 29

Глава 3. Использование покрытия нашего плана для вашего медицинского обслуживания и других покрываемых услуг 54

Глава 4. Таблица страхового покрытия 87

Глава 5. Получение лекарств для амбулаторного лечения 194

Глава 6. Стоимость лекарств по программам Medicare и Medi-Cal для вас 222

Глава 7. Направление запроса на оплату нашей доли счета, полученного вами за покрываемые услуги или лекарства 237

Глава 8. Ваши права и обязанности 245

Глава 9. Порядок действий при наличии проблемы или жалобы (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы) 270

Глава 10. Прекращение участия в нашем плане страхования 330

Глава 11. Предусмотренные законом уведомления 343

Глава 12. Определения важных терминов 352

Замечания

- Wellcare представляет собой торговую марку Centene Corporation в рамках программы Medicare — план HMO, PPO, PDP, подразумевающий договор с программой Medicare, включая финансовую поддержку по программе Часть D. Наши планы D-SNP работают по договору с программой Medicaid штата. Возможность регистрации в наших планах страхования предоставляется при условии продления договора.

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

- Внесетевые/не заключившие с планом договор поставщики услуг не обязаны обслуживать участников плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP), за исключением экстренных ситуаций. Для получения дополнительной информации, в том числе об уровне вашего участия в расходах при оплате услуг, оказываемых внесетевыми поставщиками услуг, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана или изучите *Справочник участника плана*

- Указанные покрываемые услуги являются частью особых дополнительных услуг для хронических больных. Не все участники соответствуют условиям для получения этих услуг. Помимо высокого уровня риска у вас должно быть одно или несколько из следующих хронических заболеваний: рак, сердечно-сосудистые заболевания, хронические и ведущие к инвалидности психические расстройства, хронические заболевания легких, сахарный диабет. Предусмотрены и другие не перечисленные здесь заболевания, дающие право на участие в программе. Право на получение этой льготы не может быть гарантировано только на основании вашего заболевания. Для получения льготы необходимо удовлетворять всем применимым требованиям. Для получения дополнительной информации свяжитесь с нами или ознакомьтесь со Справочником участника плана.

- Список покрываемых услуг и/или размер доплат могут измениться 1 января 2028 г.

- В любое время могут быть внесены изменения в наш список покрываемых 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.

Глава 1. Информация для новых участников плана

Введение

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

A. Добро пожаловать в наш план страхования 14

B. Сведения о программах Medicare и Medi-Cal 15

B1. Medicare 15

B2. Medi-Cal 15

C. Преимущества нашего плана страхования 16

D. Зона обслуживания нашего плана страхования 17

E. Кто может стать участником плана страхования 17

F. Чего ожидать при вступлении в наш план медицинского страхования 18

G. Ваша группа медицинского обслуживания и план медицинского обслуживания 20

G1. Группа медицинского обслуживания 20

G2. План медицинского обслуживания 20

H. Сводная информация о важных расходах 21

H1. Страховой взнос по плану 21

H2. Сумма по плану оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare 21

I. Настоящий Справочник участника плана 22

J. Другая важная информация от нас 22

J1. Ваша ID-карта участника 22
J2. *Каталог поставщиков услуг и аптек* 23
J3. *Перечень покрываемых лекарств*.....25
J4. *Разъяснение страховых выплат* 26
K. Поддержание ваших данных участника плана страхования в актуальном состоянии 27
K1. Конфиденциальность личной информации о здоровье (PHI).....28

Содержание

A. Добро пожаловать в наш план страхования

Наш план страхования предоставляет услуги Medicare и Medi-Cal лицам, имеющим право участвовать в обеих программах. С нашим планом страхования сотрудничают врачи, больницы, аптеки, поставщики услуг долгосрочного обслуживания и поддержки, поставщики услуг в сфере психического здоровья и прочие поставщики услуг. Кроме того, в нашем плане предусмотрены координаторы медицинского обслуживания и группы медицинского обслуживания, помогающие организовывать получаемые вами услуги и взаимодействие с поставщиками услуг. Все вместе они предоставляют вам необходимое обслуживание.

Опыт, на который можно положиться

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

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

- Мы по праву гордимся высоким уровнем обслуживания наших клиентов; для достижения этой цели мы уделяем внимание каждому участнику плана страхования, обеспечивая персонализированный подход и нацеленность на положительный результат. Квалифицированные сотрудники нашего отдела обслуживания участников плана ценят ваше время и готовы оказать вам помощь на различных языках, в том числе с привлечением переводчика. Мы поможем вам разобраться с доступными вам покрываемыми услугами так же, как помогли бы своим родственникам, и быстро предоставим вам всю необходимую информацию для получения доступа к медицинским услугам.
- Наш опыт создания сетей врачей, предоставляющих услуги высокого класса, насчитывает почти 25 лет. Представленные в нашей сети врачи и специалисты взаимодействуют в составе медицинских групп для своевременного предоставления всей необходимой вам помощи.
- Мы всегда рядом с вами: компания национального уровня, оказывающая услуги на местном уровне. Многие наши сотрудники живут там же, где и вы.

B. Сведения о программах Medicare и Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare представляет собой федеральную программу медицинского страхования для следующих категорий лиц:

- лица в возрасте от 65 лет,
- некоторые лица моложе 65 лет с определенными инвалидностями, **а также**
- лица с терминальной стадией почечной недостаточности.

B2. Medi-Cal

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

Каждый штат самостоятельно решает:

- что считать доходом и ресурсами,
- кто имеет право участвовать в программе,
- какие услуги покрываются, **а также**
- какова стоимость услуг.

Каждый штат может решать, как именно управлять своей программой, при условии, что соблюдаются указания федерального правительства.

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

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

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

C. Преимущества нашего плана страхования

Теперь вы будете получать все покрываемые программами Medicare и Medi-Cal услуги, в том числе лекарства, через наш план страхования. **Платить дополнительно за вступление в данный план медицинского страхования не нужно.**

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

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

Новые участники плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP): в большинстве случаев вы будете зарегистрированы в плане Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) для получения услуг в рамках Medicare в 1-й день месяца, следующего за месяцем, в котором вы подали запрос на вступление в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

Вы можете продолжить получать услуги Medi-Cal через ваш предыдущий план Medi-Cal в течение еще одного месяца. После этого вы станете получать услуги Medi-Cal через Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). В вашем покрытии Medi-Cal не будет перерыва. Если у вас возникли вопросы, позвоните нам по номеру, указанному в нижней части страницы.

D. Зона обслуживания нашего плана страхования

Наша зона обслуживания охватывает следующий округ штата California: Los Angeles.

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

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

E. Кто может стать участником плана страхования

Вы можете стать участником нашего плана страхования, если:

- вы проживаете в нашей зоне обслуживания (лица, находящиеся в тюремном заключении, не считаются проживающими в зоне обслуживания, даже если они физически находятся в ее пределах), **и**
- ваш возраст составляет 21 год и старше на момент регистрации, **и**
- вы являетесь участником программ Medicare Part A и Medicare Part B, **и**
- являетесь гражданином или подданным США либо лицом, имеющим право на получение пособий в качестве иностранного гражданина, не являющегося гражданином США, **и**
- в настоящий момент вы имеете право участвовать в программе Medi-Cal.
- Если в случае потери права на участие в программе Medi-Cal есть основание полагать, что в течение трех месяцев вы можете восстановить это право, мы продолжим предоставлять вам услуги по программе Medicare, покрываемые планом Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Если действие вашего полиса Medi-Cal прекращается, мы больше не будем оплачивать предоставляемые вам

услуги по программе Medi-Cal. Мы оплатим все расходы по программе Medicare, которые программа Medi-Cal покрыла бы, если бы вы не потеряли право на участие в программе Medi-Cal. Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части страницы.

Мы поможем вам восстановить право на участие в программе Medi-Cal. Если ваше право на участие в программе Medi-Cal будет восстановлено, пока вы по-прежнему зарегистрированы у нас для получения покрытия Medicare, мы возобновим оплату услуг, покрываемых Medi-Cal, для вас, а ваше участие в нашем плане продолжится. Если вам не удастся восстановить право на участие в Medi-Cal в течение трех месяцев, мы исключим вас из плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Если вы восстановите право на участие в программе Medi-Cal после того, как вас исключили из страхового плана, вам нужно будет связаться с нами, чтобы снова зарегистрироваться в плане.

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

F. Чего ожидать при вступлении в наш план медицинского страхования

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

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 или по почте. Мы будем ежегодно связываться с вами, чтобы узнать, изменились ли ваши потребности.

Мы вышлем вам более подробную информацию, касающуюся HRA.

Если вы впервые вступаете в наш план страхования, вы еще некоторое время можете и дальше посещать врачей, к которым обращались до этого, даже если они не представлены в нашей сети. Мы называем это непрерывностью медицинского обслуживания. Если поставщики услуг, к которым вы обращаетесь в настоящее время,

не представлены в нашей сети, вы можете и дальше обращаться к ним и пользоваться теми же правилами по утверждению услуг, что и на момент регистрации, в течение периода до 12 месяцев при условии выполнения всех следующих требований:

- Вы, ваш представитель или поставщик услуг попросили нас позволить вам обращаться к вашему текущему поставщику услуг.
- Мы устанавливаем, что вы уже взаимодействовали с этим поставщиком первичного медицинского обслуживания или специалистом (существует ряд ограничений). Под взаимодействием понимается, что вы посещали не сотрудничающего с планом поставщика услуг по поводу, не требующему экстренного вмешательства, по крайней мере один раз за 12 месяцев, предшествующих дате первоначальной регистрации в нашем плане.
    - Мы устанавливаем наличие взаимодействия, просмотрев доступную нам медицинскую информацию о вас либо информацию, которую вы нам предоставили.
    - Ответ на ваш запрос мы даем в течение 30 дней. Вы можете попросить нас принять решение быстрее, при этом срок предоставления ответа сократится до 15 дней. Вы можете подать такой запрос, позвонив по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Если существует риск причинения вреда вашему здоровью, мы должны предоставить ответ в течение трех 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 оборудования DME с его доставкой сетевым поставщиком услуг. Вы не можете подать такой запрос в отношении поставщиков услуг транспортировки или прочих вспомогательных услуг, однако вы можете подать запрос на получение услуг транспортировки или прочих вспомогательных услуг, не представленных в нашем плане страхования.

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

соглашение с вашим врачом, который не представлен в нашей сети. Сетевой поставщик услуг — это поставщик услуг, работающий с планом медицинского страхования. При вступлении в наш план страхования вам назначат участвующую в программе медицинскую группу из сети плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Кроме того, вам назначат PCP из этой участвующей в программе медицинской группы. Чтобы выбрать PCP, посетите наш веб-сайт по адресу go.wellcare.com/HealthNetCA 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. Дополнительную информацию о получении медицинского обслуживания см. в **главе 3** настоящего *Справочника участника плана*.

G. Ваша группа медицинского обслуживания и план медицинского обслуживания

G1. Группа медицинского обслуживания

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

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

G2. План медицинского обслуживания

Группа медицинского обслуживания помогает вам составить план медицинского обслуживания. В плане медицинского обслуживания содержится информация для вас и ваших врачей о том, какие услуги вам необходимы и как вы будете их получать. В нем представлены сведения о доступных вам медицинских услугах, услугах в сфере психического здоровья, а также услугах LTSS и прочих услугах.

Ваш план медицинского обслуживания включает:

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

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

H. Сводная информация о важных расходах

Ваши расходы могут включать следующее:

- Страховой взнос по плану (**раздел H1**)
- Сумма по плану оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare (**раздел H2**)

В некоторых случаях сумма вашего страхового взноса по плану может быть меньше.

H1. Страховой взнос по плану

Во время вашего участия в нашем плане страхования программа «Дополнительная помощь» (Extra Help) оплачивает страховой взнос по программе Medicare Part D от вашего имени.

H2. Сумма по плану оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare

Если вы участвуете в плане оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare, вы будете получать счет от нашего плана страхования за приобретенные лекарства (вместо оплаты напрямую 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 **главе 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**.

I. Настоящий *Справочник участника плана*

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

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

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

J. Другая важная информация от нас

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

J1. Ваша ID-карта участника

Участники нашего плана страхования пользуются одной картой для получения услуг в рамках Medicare и Medi-Cal, включая долгосрочное обслуживание и поддержку (LTSS), определенные услуги в сфере психического здоровья и рецептурные препараты. Предъявляйте эту карту всегда, когда обращаетесь за услугами или получаете лекарства по рецепту. Перед вами образец ID-карты участника:

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

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

Пока вы остаетесь участником нашего плана страхования, для получения большинства услуг вам не нужно пользоваться ни красно-бело-голубой картой программы Medicare, ни картой программы Medi-Cal. Храните эти карты в надежном месте на случай, если они понадобятся вам позднее. Если вы предъявили свою карту Medicare вместо ID-карты участника, поставщик услуг может выставить счет программе Medicare вместо нашего плана страхования, в результате чего вы можете получить счет. Вас могут попросить показать свою карту Medicare, если вы нуждаетесь в услугах больницы, хосписа или участвуете в клинических исследованиях (клинических испытаниях), одобренных Medicare. Порядок действий в случае получения счета от поставщика услуг описан в **главе 7** настоящего *Справочника участника плана*.

Помните, что для получения следующих услуг вам нужна ваша карта Medi-Cal или карта получателя льгот (BIC):

- Услуги поддержки на дому (IHSS)
- Специализированные услуги на уровне округа в сфере психического здоровья и при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD)
- Услуги многоцелевой программы обслуживания пожилых (MSSP)
- Рецептурные препараты, покрываемые в рамках Medi-Cal, или услуги поставщиков Medi-Cal Rx
- Стоматологические услуги, покрываемые в рамках Medi-Cal
- Услуги по альтернативной программе обслуживания на дому и по месту жительства (HCBS)
- Услуги для взрослых пациентов по месту жительства (CBAS)
- Долгосрочный уход (LTC), в том числе при подострых состояниях и в учреждении промежуточного ухода

J2. *Каталог поставщиков услуг и аптек*

Каталог поставщиков услуг и аптек содержит список поставщиков услуг и аптек, представленных в сети нашего плана страхования. Поскольку вы являетесь участником

нашего плана, для получения покрываемых услуг вам следует обращаться к сетевым поставщикам услуг.

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

Вы также можете изучить *Каталог поставщиков услуг и аптек* по адресу go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Каталог поставщиков услуг и аптек содержит такую информацию, как адреса, номера телефонов и часы работы. В нем сообщается о наличии или отсутствии удобств для лиц с ограниченными возможностями. В *Каталоге поставщиков услуг и аптек* также указано, принимают ли поставщики услуг новых пациентов и говорят ли они на других языках. Наиболее актуальную информацию о поставщиках услуг и аптеках можно узнать в отделе обслуживания участников плана или на веб-сайте. Если вам нужна помощь в поиске сетевого поставщика услуг или аптеки, позвоните в отдел обслуживания участников плана. Если вы хотите получить *Каталог поставщиков услуг и аптек* по почте, вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части этой страницы.

Определение сетевых поставщиков услуг

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

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

Определение сетевых аптек

- Сетевыми называются аптеки, которые дали согласие на выдачу лекарств по рецепту участникам нашего плана страхования. Воспользуйтесь *Каталогом поставщиков услуг и аптек*, чтобы выбрать сетевую аптеку, в которой вы хотите получать лекарства.
- За исключением экстренных ситуаций вы должны получать лекарства по рецепту в одной из наших сетевых аптек, если вы хотите, чтобы наш план страхования помогал вам с оплатой их стоимости.

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

J3. *Перечень покрываемых лекарств*

Нашим планом страхования предусмотрен *Перечень покрываемых лекарств*. Для краткости мы называем его *Перечень лекарств*. Он содержит сведения о том, какие лекарства покрывает наш план страхования. Лекарства, входящие в этот перечень, выбираются представителями нашего плана при помощи врачей и фармацевтов. *Перечень лекарств* должен соответствовать требованиям программы Medicare. Лекарства, цены на которые согласованы в рамках программы согласования цен на лекарства Medicare, будут представлены в вашем *Перечне лекарств*, если только они не были исключены или заменены в соответствии с процедурой, описанной в **разделе E главы 5**. *Перечень лекарств* плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) одобрен программой Medicare.

Кроме того, из *Перечня лекарств* можно узнать о наличии каких-либо правил или ограничений, действующих для тех или иных лекарств, таких как ограничение на доступное количество препарата. Дополнительную информацию см. в **главе 5** настоящего *Справочника участника плана*.

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

J4. *Разъяснение страховых выплат*

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

В отчете EOB указывается общая сумма, которую вы или другие лица от вашего имени потратили на покрываемые программой Medicare Part D лекарства, а также общая сумма, которую мы заплатили за каждое лекарство в рамках Medicare Part D в течение месяца. Этот отчет EOB не представляет собой счет на оплату. Отчет EOB содержит дополнительную информацию о принимаемых вами лекарствах, в том числе сведения о повышении цен и других доступных лекарствах, доля участия в расходах на которые будет меньше. Вы можете обсудить эти более дешевые варианты с лицом, выписывающим вам лекарство. **Глава 6** настоящего *Справочника участника плана* содержит дополнительную информацию об отчете EOB и разъяснения, как с его помощью можно отслеживать страховое покрытие лекарств.

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

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 документа. Вы можете запросить ее на веб-сайте https://www.express-scripts.com/rx. Если вы предпочтете такой вариант получения документации, вы получите электронное письмо с уведомлением, что ваш 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.

Храните отчеты EOB. Это важные документы, подтверждающие ваши расходы на лекарства.

K. Поддержание ваших данных участника плана страхования в актуальном состоянии

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

Эта информация необходима нам для точного ведения документации. 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.

Как можно скорее сообщайте нам о следующем:

- смена имени, адреса или номера телефона;
- изменения в условиях покрытия в рамках любой другой программы медицинского страхования, в которой вы участвуете (например, от вашего работодателя, работодателя вашего супруга/супруги, работодателя вашего гражданского партнера или страхование от несчастного случая на рабочем месте);
- любые страховые требования в отношении гражданской ответственности, например страховые требования при автомобильной аварии;
- госпитализация в учреждение сестринского ухода или больницу;
- получение медицинского обслуживания в больнице или отделении неотложной помощи;
- смена лица, осуществляющего за вами уход (или любого лица, которое несет ответственность за вас); **а также**
- факт участия в клиническом исследовании. (**Примечание.** Вы не обязаны предоставлять нам информацию о клиническом исследовании, в котором собираетесь принять участие, но мы рекомендуем делать это.)

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

Для обновления имеющейся у вас информации вы можете посетить наш веб-сайт по адресу go.wellcare.com/HealthNetCA. Нажмите на кнопку «Login» (Войти). Войдите в аккаунт или создайте новый. Затем отправьте нам сообщение через защищенный канал.

Свяжитесь с отделом обслуживания участников плана, если вам нужна помощь или у вас возникли какие-либо вопросы.

К1. Конфиденциальность личной информации о здоровье (PHI)

В ваших данных участника может содержаться личная информация о здоровье (PHI). Федеральное законодательство и законы штата обязывают нас обеспечивать конфиденциальность вашей PHI. Мы защищаем вашу PHI. Подробнее о том, как мы защищаем вашу PHI, см. в **главе 8** настоящего *Справочника участника плана*.

Глава 2. Важные номера телефонов и ресурсы

Введение

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

Содержание

A. Отдел обслуживания участников плана 31

B. Ваш координатор медицинского обслуживания 34

C. Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) 36

D. Линия сестринских консультаций 37

E. Линия психологической помощи в кризисных ситуациях 38

F. Организация повышения качества обслуживания (QIO) 39

G. Medicare 40

H. Medi-Cal 41

I. Управление омбудсмена Medi-Cal Managed Care и по вопросам психического здоровья 42

J. Социальные службы округа 43

K. Организация, предоставляющая услуги в сфере психического здоровья на уровне округа 44

L. Департамент управляемого медицинского обслуживания штата California 45

M. Health Consumer Alliance (HCA) 46

N. Программы помощи с оплатой лекарств 46

N1. «Дополнительная помощь» от Medicare 46

N2. Программа помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP) 48

N3. План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare 49

O. Служба социального обеспечения 49

P. Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB) 50

Q. Программа коллективного страхования или другая программа медицинского страхования, предоставляемая работодателем 51

R. Программа омбудсменов Medicare Medi-Cal 51

S. Стоматологическое обслуживание Medi-Cal 52

A. Отдел обслуживания участников плана

ТЕЛЕФОН	1-800-431-9007. Звонок бесплатный. 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. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода лицам, не говорящим на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный. 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.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
ВЕБ-САЙТ	go.wellcare.com/HealthNetCA

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

- вопросы о плане страхования
- вопросы о страховых требованиях и выставлении счетов
- решения о страховом покрытии медицинского обслуживания
    - Решение о страховом покрытии медицинского обслуживания — это решение, принятое по следующим вопросам:
        - ваши льготы и покрываемые услуги **или**

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

  - сумма, в пределах которой мы оплатим ваши медицинские услуги.
  - Позвоните нам, если у вас возникли вопросы о каком-либо решении о страховом покрытии вашего медицинского обслуживания.
  - Подробнее о решениях о страховом покрытии см. в **главе 9** настоящего *Справочника участника плана*.
- апелляции по поводу медицинского обслуживания
  - Апелляция — это официальный способ обратиться к нам с запросом пересмотреть принятое нами решение о страховом покрытии и изменить его, если вы не согласны с ним или считаете, что оно было ошибочным.
  - Подробнее о порядке подачи апелляции см. в **главе 9** настоящего *Справочника участника плана* либо обратитесь в отдел обслуживания участников плана.
- жалобы на медицинское обслуживание
  - Вы можете подать жалобу на нас или на любого поставщика услуг (как внесетевого, так и сетевого). Сетевой поставщик услуг — это поставщик услуг, работающий с нашим планом страхования. Вы также можете подать жалобу на качество полученного вами медицинского обслуживания нам или в Организацию повышения качества обслуживания (QIO) (см. **раздел F**).
  - Вы можете позвонить нам по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711) и объяснить суть своей жалобы.
  - Если ваша жалоба касается решения о страховом покрытии вашего медицинского обслуживания, вы можете подать апелляцию (см. раздел выше).
  - Вы можете направить жалобу на наш план страхования в Medicare. Используйте онлайн-форму по адресу www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Либо вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), чтобы обратиться за помощью.
  - Вы можете подать жалобу на наш план страхования в программу омбудсменов Medicare Medi-Cal, позвонив по номеру 1-855-501-3077.
  - Подробнее о порядке подачи жалобы на медицинское обслуживание см. в **главе 9** настоящего *Справочника участника плана*.
- решения о страховом покрытии лекарственных препаратов

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

- апелляции по поводу ваших лекарств
  - Апелляция — это способ попросить нас изменить решение о страховом покрытии.
  - Подробнее о порядке подачи апелляции по поводу ваших лекарств см. в **главе 9** настоящего *Справочника участника плана*.
- жалобы по поводу ваших лекарств
  - Вы можете подать жалобу на нас или на любую аптеку. Жалоба может касаться в том числе ваших лекарств.
  - Если ваша жалоба касается решения о страховом покрытии ваших лекарств, вы можете подать апелляцию. (См. раздел выше.)
  - Вы можете направить жалобу на наш план страхования в Medicare. Используйте онлайн-форму по адресу www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Либо вы можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), чтобы обратиться за помощью.
  - Подробнее о порядке подачи жалобы по поводу ваших лекарств см. в **главе 9** настоящего *Справочника участника плана*.
- оплата медицинского обслуживания или лекарств, которые вы уже оплатили самостоятельно
  - Подробнее о том, как попросить нас возместить платеж или оплатить счет, который вы получили, см. в **главе 7** настоящего *Справочника участника плана*.

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

B. Ваш координатор медицинского обслуживания

Координатор медицинского обслуживания помогает вам и сотрудничает с планом медицинского страхования, вашими врачами и прочими поставщиками услуг с целью гарантировать получение вами необходимого медицинского обслуживания.

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

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

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

ТЕЛЕФОН	1-833-340-0083. Звонок бесплатный. С понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. EST. 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. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода лицам, не говорящим на английском языке.

TTY	711. Звонок бесплатный. С понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. EST. 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.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
ВЕБ-САЙТ	go.wellcare.com/HealthNetCA

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

- вопросы о медицинском обслуживании
- вопросы о получении услуг в сфере психического здоровья (психическое здоровье и лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ)
- вопросы о страховом покрытии стоматологических услуг
- вопросы о транспортировке до места приема
- вопросы о долгосрочном обслуживании и поддержке (LTSS), включая услуги для взрослых пациентов по месту жительства (CBAS) и учреждения сестринского ухода (NF)

Вам могут быть доступны следующие услуги:

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

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

- услуги поддержки на дому (IHSS), предоставляемые социальными службами вашего округа
- в некоторых случаях вам предоставляется помощь с ежедневным медицинским обслуживанием и бытовыми нуждами
- услуги поддержки по месту жительства
    - Навигационные услуги при смене жилья
    - Предоставление депозитов на жилье
    - Услуги по аренде и сохранению жилья
    - Программы дневного пребывания
    - Реабилитация
    - Услуги краткосрочного ухода на время отсутствия ухаживающего лица
    - Услуги адаптации к жизни в обществе
    - Медицинское диетическое питание/лечебное питание
    - Вытрезвители
    - Облегчение астмы
    - Аренда жилья при смене типа медицинского обслуживания

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

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 Программой консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP). Работающие в программе HICAP консультанты ответят на ваши вопросы и помогут понять, как справиться с возникшими затруднениями. Обученные консультанты программы HICAP имеются в каждом округе, и услуги предоставляются бесплатно.

HICAP — это независимая программа на уровне штата (т. е. не связанная ни с какой страховой компанией или планом страхования), получающая средства из федерального

бюджета и предоставляющая бесплатные консультации по вопросам медицинского страхования в регионе участникам программы Medicare.

ТЕЛЕФОН	1-800-434-0222 С 8 a.m. до 4 p.m. по местному времени с понедельника по пятницу
TTY	1-800-735-2929
ПОЧТО-ВЫЙ АДРЕС	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
ВЕБ-САЙТ	www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

Обращайтесь в программу HICAP для получения помощи по следующим вопросам:

- вопросы о программе Medicare
- консультанты программы HICAP могут ответить на ваши вопросы о переходе на новый план страхования и помочь вам:
  - понять ваши права,
  - понять, какие планы вам доступны,
  - получить ответы на вопросы о смене плана страхования,
  - подать жалобу на медицинское обслуживание или лечение, **а также**
  - разрешить проблемы, связанные с выставлением счетов или подачей страховых требований.

D. Линия сестринских консультаций

Линия сестринских консультаций Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) — это служба, в рамках которой предоставляются советы по телефону и консультации квалифицированных медицинских сестер. Бесплатная линия работает круглосуточно, без выходных и праздников. Линия сестринских консультаций оказывает услуги участнику плана по оценке необходимой медицинской помощи и определяет степень этой необходимой помощи в данный момент. Клинические специалисты проводят индивидуальные консультации, отвечают на вопросы о здоровье и мониторинге симптомов, что позволяет участникам плана принимать взвешенные и правильные

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

решения об их лечении и медицинском уходе. Участники плана могут обратиться на линию сестринских консультаций, позвонив в отдел обслуживания участников плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру, указанному на обратной стороне ID-карты участника. Вы можете обращаться на линию сестринских консультаций с вопросами о здоровье и медицинском обслуживании.

ТЕЛЕФОН	1-800-431-9007. Звонок бесплатный. Круглосуточно, без выходных Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода лицам, не говорящим на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный. Круглосуточно, без выходных

E. Линия психологической помощи в кризисных ситуациях

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) предоставляет услуги линии психологической помощи для участников, нуждающихся в такого рода помощи. Участник, находящийся в кризисной ситуации в сфере психического здоровья, может попросить поговорить с лицензированным клиническим специалистом, который поможет получить необходимые услуги. Линия работает круглосуточно и без выходных. Позвоните нам по указанному ниже номеру.

ТЕЛЕФОН	1-800-646-5610. Звонок бесплатный. Круглосуточно, без выходных и праздников. 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. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода лицам, не говорящим на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный. Круглосуточно, без выходных и праздников.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

Обращайтесь на линию психологической помощи в кризисных ситуациях для получения помощи по следующим вопросам:

- вопросы об услугах в сфере психического здоровья и при алкогольной и наркотической зависимости

Чтобы получить информацию о специализированной психологической и психиатрической помощи, доступной в вашем округе, см. **раздел K**.

F. Организация повышения качества обслуживания (QIO)

В нашем штате действует организация под названием Commence Health. Это группа врачей и других медицинских специалистов, задача которых — повышение качества медицинского обслуживания участников программы Medicare. Commence Health представляет собой независимую организацию. Она никак не связана с нашим планом страхования.

ТЕЛЕФОН	1-877-588-1123
TTY	711
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Commence Health/BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
ВЕБ-САЙТ	www.commencehealthqio.cms.gov/en

Обращайтесь в Commence Health для получения помощи по следующим вопросам:

- вопросы о ваших правах на медицинское обслуживание
- подача жалобы на полученное медицинское обслуживание, если вы:
  - столкнулись с проблемами в отношении качества ухода, такими как получение неправильного лекарства, назначение ненужных анализов, обследований или процедур либо постановка неверного диагноза,
  - считаете, что ваше пребывание в больнице заканчивается слишком рано, **или**
  - считаете, что страховое покрытие вашего медицинского ухода на дому, обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода или услуг в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) заканчивается слишком рано.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

G. 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.

ТЕЛЕФОН	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Звонки на этот номер бесплатны. Линия работает круглосуточно и без выходных.
TTY	1-877-486-2048. Звонок бесплатный. Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.
ЧАТ В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ	Напишите в чат в режиме реального времени на странице www.Medicare.gov/talk-to-someone
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Напишите в Medicare по адресу: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

ВЕБ-САЙТ	www.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. Для подачи жалобы в программу Medicare перейдите по ссылке www.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.

H. Medi-Cal

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

В объем страхового покрытия в рамках программы Medi-Cal входят медицинское обслуживание, стоматологические услуги, услуги в сфере психического здоровья, а также долгосрочное обслуживание и поддержка.

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

ТЕЛЕФОН	1-800-430-4263 С понедельника по пятницу с 8 a.m. до 6 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.
ПОЧТО-ВЫЙ АДРЕС	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ВЕБ-САЙТ	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Управление омбудсмена Medi-Cal Managed Care и по вопросам психического здоровья

Управление омбудсмена помогает решать проблемы, занимая нейтральную позицию, с тем чтобы все наши участники могли получать все необходимые по медицинским показаниям покрываемые услуги. Сотрудники управления готовы выслушать вас, ответить на ваши вопросы, проанализировать вашу ситуацию, разъяснить суть политик и процедур, предоставить информацию, дать рекомендации и рассказать о доступных вариантах, а также предложить соответствующие направления. В их задачи также входит формулирование беспристрастных решений в отношении проблем с доступом к медицинскому обслуживанию. Они никак не связаны ни с нами, ни с какой-либо другой страховой компанией или планом медицинского страхования. Услуги предоставляются бесплатно.

ТЕЛЕФОН	1-888-452-8609 С понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
ВЕБ-САЙТ	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. Социальные службы округа

Если вам нужна помощь в отношении услуг поддержки на дому (IHSS) или права на участие в программе Medi-Cal, свяжитесь с отделением социальных служб вашего округа.

Обратитесь в отделение социальных служб вашего округа, чтобы подать заявку на участие в программе услуг поддержки на дому. Эта программа помогает с оплатой услуг, необходимых для того, чтобы вы продолжали безопасно жить дома. К таким услугам может относиться помощь с приготовлением пищи, принятием ванны, одеванием, стиркой, покупкой продуктов или транспортировкой.

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

Округ Los Angeles	
ТЕЛЕФОН	1-866-613-3777. Звонок бесплатный. За исключением праздников: с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m.
TTY	711
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Адрес ближайшего отделения социальных служб см. на веб-сайте https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html
ВЕБ-САЙТ	dpss.lacounty.gov

K. Организация, предоставляющая услуги в сфере психического здоровья на уровне округа

Если вы соответствуете критериям доступа, вам на уровне округа доступны специализированные услуги Medi-Cal в сфере психического здоровья, а также услуги при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Округ Los Angeles	
ТЕЛЕФОН	Линия центра доступа к медицинским услугам Access Center: 1-800-854-7771 Горячая линия по вопросам услуг при алкогольной и наркотической зависимости (SASH): 1-844-804-7500. Звонок бесплатный. Круглосуточно, без выходных Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода лицам, не говорящим на английском языке.
TTY	711. Звонок бесплатный. Круглосуточно, без выходных

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

Обращайтесь в организацию, предоставляющую услуги в сфере психического здоровья на уровне округа, для получения помощи по следующим вопросам:

- вопросы о специализированных услугах в сфере психического здоровья, предоставляемых округом
- вопросы об услугах при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, предоставляемых округом
- в любое время бесплатно и конфиденциально получите информацию о психическом здоровье, направление к поставщику услуг или консультацию в кризисной ситуации. Позвоните по номеру выше для вашего округа.

L. Департамент управляемого медицинского обслуживания штата California

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

ТЕЛЕФОН	1-888-466-2219 Представители департамента DMHC доступны с 8 a.m. до 6 p.m. с понедельника по пятницу.
TDD	1-877-688-9891 Этот номер предназначен для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.
ПОЧТО-ВЫЙ АДРЕС	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ФАКС	1-916-255-5241
ВЕБ-САЙТ	www.dmhc.ca.gov

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

M. Health Consumer Alliance (HCA)

Health Consumer Alliance (HCA) — это партнерство, действующее по всей территории штата, которое предоставляет бесплатную юридическую помощь в режиме онлайн, по телефону или лично жителям штата California, испытывающим трудности с получением или сохранением медицинского страхового покрытия, а также с решением проблем, связанных с их планами медицинского страхования. Чтобы узнать больше о HCA или получить помощь, позвоните по номеру 1-888-804-3536 или посетите веб-сайт www.healthconsumer.org/.

N. Программы помощи с оплатой лекарств

На веб-сайте программы Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) доступна информация о том, как можно снизить расходы на лекарства. Для людей с ограниченными доходами существуют и другие программы помощи, описанные ниже.

N1. «Дополнительная помощь» от Medicare

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

ТЕЛЕФОН	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Звонки на этот номер бесплатны. Линия работает круглосуточно и без выходных.
TTY	1-877-486-2048. Звонок бесплатный. Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	www.medicare.gov

Если вы считаете, что платите неверную сумму за рецептурные препараты в аптеке, наш план страхования предусматривает процедуру, помогающую получить подтверждение

правильной суммы доплаты. Если у вас уже есть подтверждение правильной суммы, мы можем помочь вам предоставить это подтверждение нам.

- Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части страницы, и сообщите нам, что по вашему мнению вы имеете право участвовать в программе «Дополнительная помощь». От вас может потребоваться предоставить один из следующих видов документов (указаны в порядке согласно приоритету документов):
    - Копия вашей карты Medi-Cal с указанием вашего имени и даты получения права на участие в программе в течение любого месяца после июня предыдущего календарного года.
    - Копия документа, выданного государственными органами штата, который подтверждает ваш статус участника программы Medi-Cal в течение любого месяца после июня предыдущего календарного года.
    - Распечатка из электронного регистрационного файла штата с указанием статуса участника программы Medi-Cal в течение любого месяца после июня предыдущего календарного года.
    - Другие документы, предоставленные государственным органами вашего штата, в которых указан ваш статус участника программы Medi-Cal в течение любого месяца после июня предыдущего календарного года.
    - Снимок экрана из системы программы Medi-Cal, на котором отображен ваш статус участника программы Medi-Cal в течение любого месяца после июня предыдущего календарного года.
    - Письмо от Управления социального обеспечения (SSA), подтверждающее получение вами дополнительного социального дохода (SSI).
    - Заявление лица, признанного соответствующим критериям, подтверждающее ваше «...автоматическое получение права на получение дополнительной помощи...» (публикация SSA: HI 03094.605).
- Если вы находитесь в учреждении 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 участвовать в программе «Дополнительная помощь». От вас может потребоваться предоставить один 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 совершения платежа программой Medicaid в течение любого месяца после июня предыдущего календарного года.

- Если вы не можете предоставить описанные выше документы и считаете, что можете иметь право участвовать в программе «Дополнительная помощь», позвоните в отдел обслуживания участников плана и попросите представителя помочь 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 учтя 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 штатом, мы, возможно, осуществим выплату непосредственно штату. Если у вас возникли вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части страницы.

N2. Программа помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP)

Программа ADAP позволяет гарантировать доступ лиц с ВИЧ/СПИДом, удовлетворяющих критериям ADAP, к жизненно важным лекарствам 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). 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 программы ADAP, чтобы вы могли и дальше получать помощь. Для получения информации о критериях соответствия, покрываемых лекарственных препаратах и процедуре регистрации в программе позвоните в Программу помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP) по номеру 1-844-421-7050 (TTY: 711), с 8 a.m. до 5 p.m. по местному времени, с понедельника по пятницу (за исключением праздников).

N3. 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 уже участвуете в плане оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare и при этом остаетесь в том же плане страхования, от вас не требуется никаких действий, чтобы и дальше использовать этот вариант оплаты.** «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 только в этом варианте оплаты. Этот вариант оплаты доступен каждому независимо от уровня доходов, при этом планы с покрытием лекарств обязаны предлагать этот вариант оплаты. Чтобы узнать больше об этом варианте оплаты, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, указанному в нижней части страницы, либо посетите веб-сайт www.medicare.gov.

O. Служба социального обеспечения

Служба социального обеспечения определяет наличие права на участие в программе Medicare и регистрирует участников Medicare.

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

ТЕЛЕФОН	1-800-772-1213 Звонки на этот номер бесплатны. Доступно с 8 a.m. до 7 p.m., с понедельника по пятницу. Вы можете воспользоваться услугой автоматической телефонной связи Службы социального обеспечения для получения информации в записи и решения некоторых вопросов в круглосуточном режиме.
TTY	1-800-325-0778 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	www.ssa.gov

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

Совет RRB представляет собой независимое федеральное агентство, которое управляет комплексными программами предоставления страхового покрытия сотрудникам государственной железной дороги и их семьям. Если вы получаете медицинское обслуживание в рамках Medicare через совет RRB, сообщайте им о переезде или смене почтового адреса. При наличии вопросов о покрываемых услугах, предоставляемых советом RRB, обратитесь к представителю агентства.

ТЕЛЕФОН	1-877-772-5772 Звонки на этот номер бесплатны. Нажмите «0», чтобы связаться с представителем совета RRB: понедельник, вторник, четверг, пятница — с 9 a.m. до 3:30 p.m.; среда — с 9 a.m. до 12 p.m. Нажмите «1», чтобы связаться с автоматической справочной службой совета RRB, где круглосуточно, без выходных и праздничных дней доступна записанная справочная информация.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

TTY	1-312-751-4701 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование. За звонки на этот номер взимается плата.
ВЕБ-САЙТ	www.rrb.gov

Q. Программа коллективного страхования или другая программа медицинского страхования, предоставляемая 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, по любым вопросам звоните администратору страховых выплат от работодателя/профсоюза или в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, указанному в нижней части страницы. 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. С вопросами о вашем страховом покрытии по программе Medicare в рамках этого плана вы также 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.

R. Программа омбудсменов Medicare Medi-Cal

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

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

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

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

S. Стоматологическое обслуживание Medi-Cal

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

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

ТЕЛЕФОН	1-800-322-6384 Звонок бесплатный. Представители программы стоматологического обслуживания Medi-Cal (FFS) могут помочь вам с 8 a.m. до 5 p.m. с понедельника по пятницу.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

TTY	1-800-735-2922 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи. Для звонков по этому номеру нужно иметь специальное телефонное оборудование.
ВЕБ-САЙТ	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Вместо стоматологического обслуживания Medi-Cal со сдельной оплатой услуг вы можете получать стоматологические услуги в рамках плана управляемого стоматологического обслуживания. Планы управляемого стоматологического обслуживания доступны в округах Sacramento и Los Angeles. Если вам нужна дополнительная информация о планах со стоматологическим покрытием, обращайтесь в организацию «Варианты медицинского обслуживания» по номеру 1-800-430-4263 (при использовании TTY набирайте 1-800-430-7077) с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 6 p.m. Звонок бесплатный. Контактные данные программы управляемого стоматологического обслуживания также представлены по ссылке: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

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

Введение

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

Содержание

A. Информация об услугах и поставщиках услуг 56

B. Правила получения услуг, покрываемых нашим планом страхования 56

C. Ваш координатор медицинского обслуживания 59

C1. Кто такой координатор медицинского обслуживания 59

C2. Как связаться со своим координатором медицинского обслуживания 59

C3. Как сменить координатора медицинского обслуживания 59

D. Медицинская помощь от поставщиков услуг 59

D1. Помощь, предоставляемая поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP) 59

D2. Помощь, предоставляемая специалистами и другими сетевыми поставщиками услуг 63

D3. Если поставщик услуг перестает сотрудничать с нашим планом 64

D4. Внесетевые поставщики услуг 66

E. Долгосрочное обслуживание и поддержка (LTSS) 66

F. Услуги в сфере психического здоровья (психическое здоровье и лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ)..... 67

F1. Услуги в сфере психического здоровья по программе Medi-Cal, предоставляемые вне нашего плана страхования..... 67

G. Услуги транспортировки..... 72

G1. Неэкстренная медицинская транспортировка..... 72

G2. Немедицинская транспортировка..... 74

H. Покрываемые услуги при неотложном состоянии, в ситуации, требующей неотложной медицинской помощи, или во время чрезвычайного положения..... 75

H1. Помощь при неотложном состоянии..... 75

H2. Неотложная медицинская помощь..... 77

H3. Обслуживание во время чрезвычайного положения..... 79

I. Что делать, если непосредственно вам выставили счет за покрываемые услуги..... 79

I1. Что делать, если наш план страхования не покрывает услуги..... 80

J. Страховое покрытие медицинских услуг при участии в клиническом исследовании.... 80

J1. Определение клинического исследования..... 80

J2. Оплата услуг в случае участия в клиническом исследовании..... 81

J3. Дополнительная информация о клинических исследованиях..... 81

K. Порядок покрытия медицинских услуг, полученных в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения..... 82

K1. Определение религиозного немедицинского учреждения здравоохранения..... 82

K2. Обслуживание в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения..... 82

L. Медицинское оборудование длительного пользования (DME)..... 83

L1. Получение оборудования DME участником нашего плана страхования..... 83

L2. Право собственности на оборудование DME при переходе в Original Medicare 84

L3. Страховое покрытие кислородного оборудования для участника нашего плана..... 84

L4. Кислородное оборудование при переходе в Original Medicare или другой план Medicare Advantage (MA)..... 85

A. Информация об услугах и поставщиках услуг

Услуги — это медицинское обслуживание, долгосрочное обслуживание и поддержка (LTSS), принадлежности, услуги в сфере психического здоровья, рецептурные и безрецептурные лекарства, медицинское оборудование и прочие услуги. **Покрываемые услуги** — это любые такие услуги, за которые платит наш план страхования. Покрываемые медицинские услуги, услуги в сфере психического здоровья, а также услуги LTSS перечислены в **главе 4** настоящего *Справочника участника плана*. Описание покрытия покрываемых рецептурных и безрецептурных лекарств см. в **главе 5** настоящего *Справочника участника плана*.

Поставщики услуг — это врачи, медсестры и другие люди, которые оказывают вам услуги и обеспечивают уход и при этом имеют лицензию штата. К поставщикам услуг также относятся больницы, агентства по медицинскому обслуживанию на дому, клиники и другие учреждения, которые предоставляют вам медицинские услуги, услуги в сфере психического здоровья, медицинское оборудование и определенные услуги LTSS.

Сетевые поставщики услуг — это поставщики услуг, которые работают с нашим планом страхования. Эти поставщики услуг согласны принимать полную оплату услуг посредством нашего плана. Мы договорились с этими поставщиками услуг о предоставлении вам покрываемых услуг. Счет за оказанную вам помощь сетевые поставщики услуг направляют непосредственно нам. При обращении к сетевому поставщику услуг вы обычно ничего не платите за покрываемые услуги.

B. Правила получения услуг, покрываемых нашим планом страхования

Наш план страхования покрывает все услуги, покрываемые программой Medicare, и большинство услуг по программе Medi-Cal. Это также касается определенных услуг в сфере психического здоровья и услуг LTSS.

Как правило, наш план страхования оплачивает медицинские услуги, услуги в сфере психического здоровья и многие услуги LTSS, если вы соблюдаете наши правила. Для получения покрытия в рамках нашего плана должны соблюдаться следующие условия:

- Получаемое вами обслуживание должно быть представлено в нашей таблице страхового покрытия из **главы 4** настоящего *Справочника участника плана*.
- Обслуживание должно быть **необходимым по медицинским показаниям**. Необходимыми по медицинским показаниям считаются услуги, оказание которые целесообразно и необходимо в целях диагностики и лечения вашего заболевания. Обслуживание, необходимое по медицинским показаниям, требуется для

предупреждения серьезного заболевания или инвалидности либо для уменьшения сильной боли, вызванной заболеванием, патологией или травмой.

- В случае медицинских услуг обслуживание должно предоставляться или координироваться сетевым **поставщиком первичного медицинского обслуживания (PCP)**. Как участник плана страхования вы должны выбрать себе PCP из числа сетевых поставщиков услуг (подробнее см. в **разделе D1**).
    - В большинстве случаев сетевой PCP или наш план должны дать вам разрешение, прежде чем вы сможете обратиться к поставщику услуг, который не является вашим PCP, или к другим сетевым поставщикам услуг. Это называется **направлением**. Если вы не получите одобрение, мы можем не покрыть услуги.
    - PCP, сотрудничающие с нашим планом, связаны с медицинскими группами. Вместе с PCP вы также выбираете связанную с ним медицинскую группу. Это означает, что ваш PCP дает вам направления для обращения к специалистам и получения услуг, которые также связаны с его медицинской группой. Медицинская группа — это группа работающих вместе PCP, специалистов и других поставщиков медицинских услуг, которые заключили договор о сотрудничестве с нашим планом.
    - Для получения экстренной или неотложной медицинской помощи, обращения к поставщику услуг в области женского здоровья, а также иных услуг, перечисленных в **разделе D1**, направление от вашего PCP не требуется.
- **Вы должны получать медицинскую помощь у сетевых поставщиков услуг** (подробнее см. в **разделе D** данной главы). Как правило, мы не покрываем обслуживание от поставщика услуг, который не сотрудничает с нашим планом страхования. Это означает, что вам придется полностью оплатить услуги, полученные у такого поставщика услуг. Существует несколько исключений из этого правила:
    - Если вам требуется экстренная или неотложная медицинская помощь от внесетевого поставщика услуг (подробнее см. в **разделе H**).
    - Если вам требуется медицинское обслуживание, которое наш план покрывает, но сетевые поставщики услуг не могут его предоставить, вы можете обратиться к внесетевому поставщику услуг. Перед обращением к внесетевому поставщику услуг потребуется получить предварительное разрешение (PA). Когда предварительное разрешение будет одобрено, мы

уведомим об этом поставщика услуг, который его запросил, и поставщика услуг, к которому вам нужно обратиться. В таком случае мы полностью покроем стоимость услуги. Информацию о порядке получения одобрения для обращения к внесетевому поставщику услуг см. в **разделе D4**.

- Если вам требуются услуги по диализу почек, когда вы кратковременно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или если ваш поставщик услуг временно недоступен, вы можете обратиться за обслуживанием к внесетевому поставщику услуг.

- Если вы являетесь новым участником нашего плана, вы можете попросить нас разрешить вам по-прежнему обращаться к вашим текущим поставщикам услуг. За некоторыми исключениями мы должны одобрить такой запрос, если установим, что вы уже обращались к этому поставщику услуг. См. **главу 1** настоящего *Справочника участника плана*. Если мы одобрим ваш запрос, вы можете по-прежнему обращаться к своим поставщикам услуг в течение не более 12 месяцев. В этот период ваш координатор медицинского обслуживания свяжется с вами, чтобы помочь вам найти сотрудничающих с нами поставщиков услуг, которые связаны с медицинской группой вашего PCP. Через 12 месяцев мы прекращаем покрывать ваше обслуживание, если вы продолжаете обращаться к поставщикам услуг, которые не представлены в нашей сети и не связаны с медицинской группой вашего PCP.

Иное страховое покрытие: поскольку Medi-Cal является плательщиком последней инстанции, вы обязаны задействовать все иное медицинское страховое покрытие перед задействованием покрытия Medi-Cal, если какая-либо аналогичная услуга доступна вам в рамках основной программы медицинского страхового покрытия. Это означает, что в большинстве случаев Medi-Cal будет выступать вторым плательщиком по отношению к Medicare, покрывая допустимые расходы, не оплаченные Medicare или в рамках иного страхового покрытия, на суммы, не превышающие ставки Medi-Cal.

Новые участники плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP): в большинстве случаев вы будете зарегистрированы в плане Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) для получения услуг в рамках Medicare в 1-й день месяца, следующего за месяцем, в котором вы подали запрос на вступление в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Вы можете продолжить получать услуги Medi-Cal через ваш предыдущий план Medi-Cal в течение еще двух месяцев. После этого вы станете получать услуги Medi-Cal через Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). В вашем покрытии Medi-Cal не будет перерыва. Если у вас возникли вопросы, позвоните нам по номеру, указанному в нижней части страницы.

C. Ваш координатор медицинского обслуживания

C1. Кто такой координатор медицинского обслуживания

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

C2. Как связаться со своим координатором медицинского обслуживания

Отдел обслуживания участников плана может помочь вам связаться с координатором медицинского обслуживания. Координатор медицинского обслуживания готов оказать вам помощь с удовлетворением ваших медицинских потребностей. Наш отдел координации медицинского обслуживания может позвонить вам и предложить поговорить с координатором медицинского обслуживания.

C3. Как сменить координатора медицинского обслуживания

Если вы хотите сменить координатора медицинского обслуживания, обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части страницы.

D. Медицинская помощь от поставщиков услуг

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

Вы должны выбрать PCP, который будет предоставлять вам обслуживание и управлять им. PCP, сотрудничающие с нашим планом, связаны с медицинскими группами. Вместе с PCP вы также выбираете связанную с ним медицинскую группу.

Определение термина «PCP» и обязанности PCP

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, терапевтической медицины, акушерства и гинекологии (OB/GYN), а также гериатрии.

Вы можете выбрать в качестве PCP медицинского специалиста, не являющегося врачом. К таким медицинским специалистам, не являющимся врачами, относятся: сертифицированные сестры-акушерки, сертифицированные квалифицированные медсестры (NP) и помощники врача (PA). Для вас будет назначен контролирующий PCP, но вы продолжите получать услуги у выбранного вами медицинского специалиста, не являющегося врачом. Вы можете поменять выбранного медицинского специалиста, поменяв контролирующего PCP. На вашей ID-карте участника будет напечатано имя PCP, контролирующего работу выбранного вами специалиста. Вы можете выбрать врача-специалиста в качестве PCP. Специалист должен выразить свое согласие, а также иметь возможность предоставлять необходимую вам медицинскую помощь.

Кроме того, вы ограничены выбором специалистов и учреждений, которые согласились участвовать в плане Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Поскольку выбор данного плана означает, что вам придется пользоваться услугами только этих конкретных поставщиков услуг, важно внимательно изучить список поставщиков услуг, чтобы убедиться, что в него входят те поставщики услуг, к которым вы обычно обращаетесь. Каталог поставщиков услуг доступен на нашем веб-сайте по адресу go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Основной объем планового или базового медицинского обслуживания вы получаете от своего PCP. Ваш PCP будет помогать вам организовать остальные покрываемые услуги, получаемые вами как участником нашего плана страхования. Сюда относятся:

- рентгеновские обследования;
- лабораторные исследования;
- различные виды терапии;
- услуги специалистов;
- госпитализация в больницу;
- последующее наблюдение.

Координация получаемых вами покрываемых услуг подразумевает общение или консультации с другими поставщиками услуг, представленными в нашем плане, по поводу вашего обслуживания и хода лечения. Для некоторых видов услуг или принадлежностей вашему PCP необходимо получить направление (например, к специалисту) и/или

предварительное разрешение (предварительное одобрение). Если для получения услуги требуется предварительное разрешение, ваш PCP подает в наш план или в вашу медицинскую группу запрос на получение такого разрешения. Услуги и товары, требующие направления и/или предварительного разрешения, представлены в **главе 4** настоящего *Справочника участника плана*.

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.

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.

Ваш выбор PCP

При вступлении в наш план страхования вы выбираете из нашей сети медицинскую группу, имеющую с нами договор. Медицинская группа — это группа работающих вместе PCP, специалистов и других поставщиков медицинских услуг, которые заключили договор о сотрудничестве с нашим планом. Кроме того, вы выбираете PCP из этой медицинской группы. Выбирайте врача первичного обслуживания, до кабинета которого вам легко добраться. Вы можете попросить предоставить вам PCP, который находится в пределах 10 миль или 30 минут езды от вашего дома или места работы. Список медицинских групп (и связанных с ними PCP и больниц) см. в *Каталоге поставщиков услуг и аптек* либо на нашем веб-сайте go.wellcare.com/2027providerdirectories.

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

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 или эта больница входят в медицинскую группу и сеть вашего PCP. Имя вашего PCP и номер телефона его приемной напечатаны на вашей карте участника.

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, которые расположены недалеко от вашего дома.

Информацию о том, как сменить PCP, см. ниже в разделе под заголовком «Возможность сменить PCP».

Возможность сменить PCP

Вы можете в любое время и по любой причине сменить PCP. Кроме того, ваш PCP может выйти из сети нашего плана страхования. Если ваш PCP выходит из нашей сети, мы поможем вам найти нового PCP.

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

При обращении к нам обязательно сообщите нам, посещаете ли вы врачей-специалистов либо получаете ли иные покрываемые услуги, требующие одобрения PCP (например, медицинский уход на дому или медицинское оборудование длительного пользования). Отдел обслуживания участников плана сообщит вам, как продолжить получать специализированное медицинское обслуживание и другие уже оказываемые вам услуги при переходе к другому PCP. Кроме того, сотрудники отдела проверят, принимает ли новых пациентов тот PCP, к которому вы хотите перейти. Отдел обслуживания участников плана поменяет указанное в вашем деле имя PCP и сообщит вам, когда переход к новому PCP вступит в силу.

Кроме того, вам отправят новую карту участника, на которой будут указаны имя и номер телефона вашего нового PCP.

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

Услуги, доступные вам без одобрения PCP

В большинстве случаев, прежде чем обратиться к другим поставщикам услуг, вам нужно получить разрешение вашего PCP. Такое одобрение называется **направлением**. Ниже перечислены услуги, для получения которых предварительное разрешение вашего PCP не требуется:

- Услуги экстренной медицинской помощи от сетевых или внесетевых поставщиков услуг

- Покрываемые услуги неотложной медицинской помощи в ситуациях, когда вам требуется незамедлительное медицинское вмешательство (но это не экстренная ситуация), при этом либо вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана страхования, 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 страхования или наша сеть поставщиков услуг временно вам недоступна.

- Услуги по диализу почек, предоставляемые в специализированном учреждении, сертифицированном Medicare, если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана страхования. Если вы позвоните в отдел обслуживания участников плана до того, как покинете зону обслуживания, мы сможем помочь вам получить услуги диализа на время вашего отъезда.

- Прививки от гриппа и вакцины против COVID-19, а также вакцины против гепатита B и вакцины против пневмонии при условии, что вы получаете их у сетевого поставщика услуг.

- Плановое обслуживание в области женского здоровья и услуги по планированию семьи. Сюда входят обследования молочной железы, скрининговые маммограммы (рентгеновские снимки молочной железы), цитологические мазки и обследования органов таза при условии, что услуги предоставляются сетевым поставщиком услуг.

Помимо этого, если вы является представителем коренных народов Америки, вы можете получать покрываемые услуги у выбранного вами поставщика услуг для представителей коренных народов Америки без необходимости получать направление у сетевого PCP или предварительное разрешение плана страхования.

D2. Помощь, предоставляемая специалистами и другими сетевыми поставщиками услуг

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

- Онкологи, которые оказывают медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями.

- Кардиологи, которые оказывают медицинскую помощь пациентам с заболеваниями сердца.
- Ортопеды, которые оказывают медицинскую помощь пациентам с 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 D1**. 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. **главу 4** настоящего Справочника участника плана.

Все представленные в плане PCP 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, выбранный вами PCP может определить, к каким специалистам и больницам вы сможете обратиться. Если вы хотите лечиться у конкретных специалистов или в конкретных больницах, сначала выясните, сотрудничает ли с ними ваш представленный в плане 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 D1**.

D3. Если поставщик услуг перестает сотрудничать с нашим планом

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

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

- 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 трех 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 трех месяцев.
- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного сетевого поставщика услуг, который продолжит предоставлять вам необходимое медицинское обслуживание.
- Если в настоящее время вы проходите лечение у вашего текущего поставщика услуг по медицинским показаниям, вы имеете право требовать продолжения такого лечения от другого поставщика услуг в нашей сети. 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 мы не можем подобрать вам доступного квалифицированного сетевого специалиста, то в случаях, когда сетевой поставщик услуг или сама услуга недоступны или не соответствуют вашим медицинским потребностям, мы должны организовать обслуживание у внесетевого специалиста. 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.
- Если вам станет известно, что один из ваших поставщиков услуг покидает наш план, свяжитесь с нами. Мы поможем вам выбрать нового поставщика услуг для управления вашим медицинским обслуживанием.
- Если вы считаете, что мы не заменили вашего предыдущего поставщика услуг новым квалифицированным поставщиком услуг или что ваше медицинские обслуживание организовано ненадлежащим образом, у вас есть право подать жалобу на качество обслуживания в Организацию повышения качества обслуживания (QIO), претензию на качество обслуживания или и то, и другое. (Дополнительную информацию см. в **главе 9**.)

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

D4. Внесетевые поставщики услуг

Вы можете обращаться к внесетевому поставщику услуг без направления или предварительного разрешения для получения экстренной или неотложной медицинской помощи. Услуги диализа для участников с ESRD покрываются без получения предварительного разрешения в случае выезда участника за пределы зоны обслуживания плана или временной недоступности обычного поставщика услуг. Для обращения к внесетевому поставщику услуг необходимо получить письменное предварительное одобрение. Мы не можем оплатить услуги внесетевого поставщика услуг, если для таких услуг не было получено одобрение. Если вы обратитесь к поставщику услуг без получения одобрения, вам придется оплатить полную стоимость полученных услуг самостоятельно.

Если вы обращаетесь к внесетевому поставщику услуг, он должен принимать условия программы Medicare и/или Medi-Cal.

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

E. Долгосрочное обслуживание и поддержка (LTSS)

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

Для получения услуг LTSS вы должны соответствовать клиническим критериям хотя бы в одной (1) из следующих категорий:

1. Участники, нуждающиеся в помощи, соответствующей уровню не ниже уровня A для учреждений сестринского ухода (NF-A), а также отвечающие условиям и критериям необходимости по медицинским показаниям.

2. Лица с органическими, приобретенными или травматическими повреждениями мозга и/или хроническими психическими заболеваниями, которым требуется помощь или надзор при выполнении определенных видов повседневной деятельности либо определенных инструментальных видов повседневной деятельности.

3. Участники плана с болезнью Alzheimer's disease или другим типом деменции умеренной или тяжелой степени, что соответствует стадии 5, стадии 6 или стадии 7.

4. Участники плана с легкими когнитивными нарушениями, включая болезнь Alzheimer's disease или другие типы деменции умеренной степени, что соответствует Alzheimer's disease стадии 4.

5. Лица с нарушениями развития, которые соответствуют критериям и условиям получения помощи от регионального центра.

Чтобы узнать больше о порядке получения услуг LTSS, обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, указанному в нижней части страницы. Дополнительную информацию о программе услуг поддержки на дому (IHSS) см. в **главе 4**.

F. Услуги в сфере психического здоровья (психическое здоровье и лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ)

У вас есть право получить доступ к необходимым по медицинским показаниям услугам в сфере психического здоровья, покрываемым программами Medicare и Medi-Cal. Мы предоставляем доступ к услугам в сфере психического здоровья, покрываемым программой Medicare и программой Medi-Cal Managed Care. Наш план страхования не предоставляет специализированные услуги в сфере психического здоровья по программе Medi-Cal или услуги на уровне округа при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ; однако такие услуги доступны вам через управление вашего округа по вопросам психического здоровья.

F1. Услуги в сфере психического здоровья по программе Medi-Cal, предоставляемые вне нашего плана страхования

При соответствии определенным критериям вам могут быть доступны специализированные услуги в сфере психического здоровья по программе Medi-Cal через план психологической и психиатрической помощи (MHP) вашего округа. Предоставляются следующие специализированные услуги в сфере психического здоровья по программе Medi-Cal, предоставляемые организациями, перечисленными в таблице ниже:

- услуги в сфере психического здоровья
- услуги поддержки при приеме лекарств
- услуги интенсивного лечения в дневное время
- реабилитация в центре дневного пребывания
- услуги вмешательства при кризисной ситуации
- услуги стабилизации состояния при кризисной ситуации
- услуги центров лечения взрослых с проживанием
- услуги кризисных центров с проживанием
- услуги психиатрического учреждения
- стационарные услуги психиатрической больницы
- целевая координация медицинского обслуживания
- реинтеграция в сообщество после отбывания наказания
- интенсивное лечение по месту жительства (ACT)
- интенсивное лечение по месту жительства с учетом судебной экспертизы (FACT)
- координированное специализированное медицинское обслуживание (CSC) при первом психотическом эпизоде (FEP)
- услуги клубных домов
- расширенные услуги общественных медицинских работников (CHW)
- трудоустройство лиц с ограниченными возможностями
- услуги взаимопомощи
- мобильные услуги вмешательства при кризисной ситуации по месту жительства
- терапевтические услуги в сфере психического здоровья
- терапевтический патронаж
- координация интенсивного медицинского обслуживания
- интенсивные услуги на дому

Услуги в рамках системы организованного предоставления покрытия лекарств (DMC) по программе Medi-Cal, предоставляемые указанными ниже организациями на уровне округа:

Округ	Организация
Los Angeles	Департамент психического здоровья (DMH) округа Los Angeles и Департамент общественного здравоохранения (Предотвращение и контроль злоупотребления психоактивными веществами) (DPH/SAPC) округа Los Angeles

- услуги интенсивного амбулаторного лечения
- перинатальное лечение с проживанием при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ
- услуги амбулаторного лечения
- программа лечения от наркотической зависимости
- препараты для лечения зависимости (другое название — заместительная терапия)
- услуги взаимопомощи
- мобильные услуги вмешательства при кризисной ситуации по месту жительства

Услуги в рамках системы организованного предоставления покрытия лекарств по программе Medi-Cal (DMC-ODS) предоставляются через поставщиков услуг Medi-Cal со сдельной оплатой услуг (FFS) при условии соответствия критериям для получения этих услуг. Услуги в рамках DMC-ODS:

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

- программа лечения от наркотической зависимости
- услуги реабилитации
- координация медицинского обслуживания
- услуги взаимопомощи
- мобильные услуги вмешательства при кризисной ситуации по месту жительства
- услуги обеспечения непрерывного медицинского обслуживания
- услуги раннего вмешательства (для участников до 21 года)
- ранний периодический скрининг, диагностика и лечение (для участников до 21 года)
- стационарные услуги лечения

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

Вы также будете иметь доступ к необходимым по медицинским показаниям услугам в сфере психического здоровья, которые покрываются программой Medicare и предоставляются планом Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Услуги в сфере психического здоровья включают, помимо прочего, следующие:

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

помощи, а также уход и лечение, необходимые для купирования или ликвидации заболевания, требующего экстренной психиатрической помощи.

Исключения и ограничения в отношении услуг в сфере психического здоровья

Список исключений и ограничений в отношении услуг в сфере психического здоровья см. в **главе 4**: «Услуги, не покрываемые нашим планом страхования, Medicare или Medi-Cal».

Процедура определения необходимости услуг в сфере психического здоровья по медицинским показаниям

Для покрытия определенных услуг и принадлежностей в сфере психического здоровья требуется разрешение от плана страхования. Подробнее об услугах, для которых может требоваться предварительное разрешение, см. в **главе 4**. Для получения предварительного разрешения в отношении таких услуг следует звонить в отдел обслуживания участников плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Сотрудник плана страхования направит вас к ближайшему сотрудничающему с планом специалисту в сфере психического здоровья, который проведет оценку вашего состояния и определит, нуждаетесь ли вы в дополнительном лечении. Если вам требуется лечение, сотрудничающий с планом специалист в сфере психического здоровья составит план лечения и отправит его на утверждение в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Представленные в плане лечения услуги будут покрыты при условии получения разрешения от плана страхования. Если план страхования не утвердит план лечения, никакие дополнительные услуги или принадлежности для данного заболевания покрываться не будут. Однако план страхования может направить вас для получения необходимого обслуживания в департамент психического здоровья округа.

Договоренность о выдаче направлений между Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) и организациями на уровне округа:

Между нашим планом страхования и следующими организациями на уровне округа существует договоренность о выдаче направлений на услуги в сфере психического здоровья:

Округ	Организация
Los Angeles	Департамент психического здоровья (DMH) округа Los Angeles и Департамент общественного здравоохранения (Предотвращение и контроль злоупотребления психоактивными веществами) (DPH/SAPC) округа Los Angeles

Направления на получение услуг в сфере психического здоровья могут запрашивать разные лица, в том числе: поставщики услуг в сфере психического здоровья на уровне округа, координаторы медицинского обслуживания на уровне округа, PCP, сами участники и члены их семей. Для получения направления перечисленные лица могут связаться с нами по номеру, указанному на вашей ID-карте участника плана либо в нижней части страницы. Мы подтвердим наличие права на получение таких услуг и предоставим соответствующее разрешение.

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

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

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

Порядок действий при наличии проблемы или жалобы в отношении услуг в сфере психического здоровья

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

G. Услуги транспортировки

G1. Неэкстренная медицинская транспортировка

Вы имеете право на неэкстренную медицинскую транспортировку (NEMT), если ваши медицинские потребности не позволяют вам воспользоваться автомобилем, автобусом или такси, чтобы попасть на прием. NEMT можно использовать для получения всех услуг, покрываемых Medi-Cal, например медицинское обслуживание, стоматологические услуги, услуги в сфере психического здоровья, услуги при алкогольной и наркотической зависимости либо посещение аптеки. Если вам нужны услуги NEMT, обратитесь к своему PCP с соответствующим запросом. Ваш PCP подберет оптимальный тип транспортировки с учетом ваших потребностей. Если вам нужны услуги NEMT, он или она заполнит соответствующую форму и отправит ее на одобрение в план Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). В зависимости от ваших медицинских потребностей вы можете получить одобрение сроком до 12 месяцев. Ваш PCP повторно оценит вашу потребность в услугах

NEMT на период до 12 месяцев.

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

NEMT необходимо использовать в следующих случаях:

- У вас есть физическая или медицинская потребность в такой транспортировке, подтвержденная письменным разрешением вашего PCP, поскольку вы не можете воспользоваться автобусом, такси, автомобилем или микроавтобусом, чтобы попасть на прием.

- Вам нужна помощь водителя, чтобы совершить посадку и высадку у своего дома, медицинского учреждения, в транспортное средство или из него в связи с наличием физических или умственных ограничений.

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

Ограничения в отношении медицинской транспортировки

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

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

G2. Немедицинская транспортировка

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

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

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) позволяет использовать автомобиль, такси, автобус или другой общественный/частный транспорт для поездки с целью получения услуг, утвержденных вашим поставщиком услуг. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) использует услуги компании ModivCare для организации NMT. Мы покрываем тип NMT, имеющий наименьшую стоимость и при этом соответствующий вашим потребностям.

В некоторых случаях вам доступно возмещение расходов на организованные вами поездки на частном транспорте. План Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) должен утвердить такое возмещение расходов **до совершения** поездки, при этом вы должны сообщить нам, почему не можете воспользоваться другим видом транспорта, например, автобусом. Вы можете сообщить об этом по телефону, по электронной почте или лично. **Вы не можете получить возмещение расходов, если управляете автомобилем самостоятельно.**

Для возмещения стоимости топлива необходимо предоставить все следующие документы:

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

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

Примечание. Представители коренных народов Америки могут обращаться за немедицинской транспортировкой в местную клинику для представителей коренных народов Америки.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

Ограничения в отношении немедицинской транспортировки

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

NMT **не** распространяется на следующие случаи:

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

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

H1. Помощь при неотложном состоянии

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

- серьезный риск для вашей жизни или для жизни плода; **или**
- серьезное нарушение работы организма или потеря функциональности; **или**
- серьезное нарушение работы какого-либо органа или части тела; **или**
- В случае активных родовых схваток у беременной женщины, когда:

- Недостаточно времени для безопасной перевозки в другую больницу до родоразрешения.
- Перевозка в другую больницу может представлять серьезную угрозу для вашего здоровья или безопасности либо здоровья и безопасности плода.

Если у вас возникло неотложное состояние:

- **Обратитесь за помощью как можно скорее.** Позвоните по номеру 911 либо обратитесь в ближайшее отделение неотложной помощи или в больницу. При необходимости вызовите скорую помощь. Вам **не нужно** получать одобрение или направление от PCP. Вам необязательно обращаться к сетевому поставщику услуг. Вы можете получить покрываемую неотложную 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.
- **Как можно скорее сообщите нашему плану об экстренной ситуации.** Мы контролируем получение вами экстренной медицинской помощи. Вы или другой человек должны позвонить нам и сообщить о получении вами экстренной медицинской помощи (желательно в течение 48 часов). Однако вам не придется платить за экстренную медицинскую помощь, если вы сообщите о ней позже. Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, указанному в нижней части страницы.

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. Подробнее см. в таблице страхового покрытия в **главе 4** настоящего *Справочника участника плана.*

Вы можете получить покрываемые услуги экстренной медицинской помощи за пределами США. Это страховое покрытие ограничено суммой $50,000 в год. Дополнительную информацию см. в пункте «Страховое покрытие экстренной/неотложной помощи по всему миру» таблицы страхового покрытия в **главе 4** настоящего *Справочника участника плана* либо обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.

Решение о том, стабилизировалось ли ваше состояние и нуждаетесь ли вы по-прежнему в экстренной медицинской помощи, будут принимать поставщики услуг, оказывающие вам экстренную помощь. Они продолжат оказывать вам необходимую помощь и свяжутся

с нами для составления плана, если для выздоровления вам потребуется последующее лечение.

Наш план страхования покрывает последующее лечение. Если экстренную медицинскую помощь вам оказывает внесетевой поставщик услуг, мы постараемся как можно скорее организовать ваш переход для дальнейшего ухода к сетевому поставщику услуг. Мы рекомендуем повторно обратиться к своему поставщику первичного медицинского обслуживания в течение 5–7 дней после получения экстренной медицинской помощи. Вам может позвонить сотрудник нашей группы медицинского обслуживания, чтобы помочь организовать необходимые повторные посещения и другие полезные услуги для восстановления.

Получение экстренной медицинской помощи в ситуации, не являющейся экстренной

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

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

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

H2. Неотложная медицинская помощь

Неотложная медицинская помощь — это помощь, оказываемая в ситуации, которая не является экстренной, однако требует безотлагательного лечения. Например, у вас может развиться обострение имеющегося заболевания или возникнуть непредвиденная болезнь или травма.

Неотложная медицинская помощь в зоне обслуживания нашего плана

Мы покрываем неотложную медицинскую помощь только при соблюдении следующих условий:

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

Если обращение к сетевому поставщику услуг невозможно или нецелесообразно с учетом временных затрат, вашего местонахождения или текущих обстоятельств, мы покроем неотложную медицинскую помощь, полученную у внесетевого поставщика услуг.

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

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

Если вы не уверены, какая помощь вам нужна (экстренная или неотложная), позвоните на нашу круглосуточную линию сестринских консультаций. Для обращения на нашу линию сестринских консультаций позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Линия работает круглосуточно и без выходных.

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

Неотложная медицинская помощь вне зоны обслуживания нашего плана

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

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

При выезде за пределы США вы получаете страховое покрытие на сумму до $50,000 в рамках страхового покрытия экстренной и неотложной медицинской помощи по всему миру. Расходы, превышающие эту сумму, не покрываются.

Транспортировка в США из другой страны и лекарства, приобретенные за пределами США, не покрываются. Кроме того, при госпитализации в стационар участник не освобождается от участия в расходах на услуги отделения неотложной помощи.

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

Дополнительную информацию см. в пунктах «Экстренная медицинская помощь» и «Услуги неотложной медицинской помощи» таблицы страхового покрытия в **главе 4** настоящего *Справочника участника плана* либо позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части страницы.

Услуги неотложной медицинской помощи, полученные за пределами США, могут рассматриваться как экстренная помощь в рамках страхового покрытия экстренной/неотложной помощи по всему миру. Дополнительную информацию см. в пункте «Экстренная медицинская помощь» таблицы страхового покрытия в **главе 4** настоящего *Справочника участника плана.*

H3. Обслуживание во время чрезвычайного положения

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

Посетите наш веб-сайт, чтобы узнать, как получить необходимую помощь во время объявленного чрезвычайного положения: go.wellcare.com/HealthNetCA.

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

I. Что делать, если непосредственно вам выставили счет за покрываемые услуги

Если вы заплатили за покрываемые услуги **либо** если вы получили счет за покрываемые медицинские услуги, изучите порядок действий, описанный в **главе 7** настоящего *Справочника участника плана*.

Вы не должны оплачивать счет самостоятельно. Если вы это сделаете, мы, возможно, не сможем компенсировать вам расходы.

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

Наш план покрывает все услуги, которые:

- считаются необходимыми по медицинским показаниям, **и**
- перечислены в таблице страхового покрытия нашего плана (см. **главу 4** настоящего *Справочника участника плана*), **и**
- получены в соответствии с правилами плана.

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

Если вы хотите узнать, оплачиваем ли мы какое-либо медицинское обслуживание, вы имеете право задать нам соответствующий вопрос. Вы также имеете право отправить такой запрос в письменной форме. Если мы ответим, что не будем оплачивать полученные вами услуги, вы имеете право обжаловать наше решение.

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

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

J. Страховое покрытие медицинских услуг при участии в клиническом исследовании

J1. Определение клинического исследования

Клиническое исследование (другое название — клиническое испытание) — это процедура, посредством которой врачи исследуют новые виды лечения или лекарств. Обычно для участия в клиническом исследовании, одобренном 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 хотите принять участие в одобренном Medicare клиническом исследовании, от вас **не требуется** сообщать нам об этом либо получать наше одобрение, но мы рекомендуем сообщить нам или вашему поставщику первичного медицинского обслуживания. Поставщики услуг, которые предоставляют вам обслуживание в рамках исследования, **не обязаны** быть сетевыми поставщиками услуг. 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.

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

J2. Оплата услуг в случае участия в клиническом исследовании

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

- услуги проживания и питания во время пребывания в больнице, которые оплачивались бы программой Medicare, даже если бы вы не участвовали в исследовании
- операция или иная медицинская процедура, являющаяся частью исследования
- лечение любых побочных эффектов и осложнений, связанных с новым видом терапии

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

J3. Дополнительная информация о клинических исследованиях

Вы можете узнать больше об участии в клиническом исследовании из статьи «Medicare & Clinical Research Studies» (Medicare и клинические исследования) на веб-сайте

Medicare (https://www.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.

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

K1. Определение религиозного немедицинского учреждения здравоохранения

Религиозное немедицинское учреждение здравоохранения представляет собой учреждение, предоставляющее уход, обычно оказываемый в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода. Если получение ухода в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода противоречит вашим религиозным убеждениям, мы покроем уход в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения.

Данное страховое покрытие распространяется только на стационарные услуги в рамках Medicare Part A (немедицинские услуги).

K2. Обслуживание в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

Для получения ухода в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения вы должны подписать юридический документ, подтверждающий, что вы отказываетесь от «необязательного» медицинского лечения.

- «Необязательное» медицинское лечение — это любое лечение или терапия, **которые вы получаете добровольно и которые не требуются** федеральным законодательством, законами штата или местными законами.
- «Обязательное» медицинское лечение — это любое лечение или терапия, **которые являются не добровольными, а обязательными** согласно федеральному законодательству, законам штата или местным законам.

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:
    - У вас должно быть заболевание, позволяющее получать покрываемые услуги стационарного лечения в больнице или обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
    - Вы должны получить от нас одобрение, прежде чем вас примут в учреждение, иначе ваше пребывание там **не будет** покрываться.

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

L. Медицинское оборудование длительного пользования (DME)

L1. Получение оборудования DME участником нашего плана страхования

К оборудованию DME относятся определенные необходимые по медицинским показаниям товары, назначаемые поставщиком услуг, в том числе инвалидные коляски, костыли, системы ортопедических матрасов, принадлежности при сахарном диабете, заказываемые поставщиком услуг больничные койки для использования на дому, насосы для внутривенной (в/в) инфузии, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование и принадлежности, небулайзеры и ходунки.

Некоторые изделия DME, такие как протезы, принадлежат вам.

В этом разделе речь пойдет об оборудовании DME, которое вы арендуете. Как участник нашего плана страхования вы можете получить оборудование DME в свою собственность при условии необходимости по медицинским показаниям и долгосрочной потребности в том или ином изделии. Помимо этого, для изделия должно быть получено разрешение, а его получение должно быть организовано и согласовано вашим PCP, медицинской группой и/или планом Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части страницы, чтобы узнать больше о требованиях к аренде или владению медицинским оборудованием длительного пользования, а также о документах, которые необходимо предоставить.

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. Кроме того, для некоторых типов оборудования DME переход в вашу собственность не предусмотрен. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать о требованиях к аренде или владению оборудованием DME и о документах, которые необходимо предоставить.

Даже если вы пользовались оборудованием DME по программе Medicare до 12 месяцев подряд, прежде чем вступили в наш план страхования, это оборудование **не переходит** в вашу собственность.

L2. Право собственности на оборудование DME при переходе в Original Medicare

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

Если вы больше не участвуете в программе Medi-Cal, вам придется совершить 13 платежей подряд в рамках Original Medicare либо установленное планом MA количество платежей подряд, чтобы изделие DME перешло в вашу собственность. Эти правила действуют, если:

- вы не получили изделие DME в свою собственность, пока были участником нашего плана страхования, **а также**
- вы выходите из нашего плана и начинаете получать страховое покрытие в рамках Medicare вне какого-либо плана медицинского страхования, т. е. напрямую через программу Original Medicare либо через план MA.

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

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

L3. Страховое покрытие кислородного оборудования для участника нашего плана

Если вы соответствуете критериям для получения кислородного оборудования, покрываемого программой Medicare, то мы покрываем следующее:

- аренда кислородного оборудования

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

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

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

Если кислородное оборудование необходимо по медицинским показаниям, при этом **вы покидаете наш план и переходите в программу Original Medicare**, вы продолжите арендовать оборудование у поставщика в течение 36 месяцев. Ежемесячная арендная плата покрывает кислородное оборудование, принадлежности и услуги, перечисленные выше. Medicare и Medi-Cal покрывают эти платежи, если вы все еще остаетесь участником программ Medicare и Medi-Cal.

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

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

Если кислородное оборудование все еще необходимо по медицинским показаниям **по истечении пятилетнего периода**:

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

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

Глава 4. Таблица страхового покрытия

Введение

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

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

Содержание

A. Доступные вам покрываемые услуги 89

B. Правила, запрещающие поставщикам услуг взимать с вас плату за услуги 89

C. Сведения о таблице страхового покрытия в рамках нашего плана страхования 89

D. Таблица страхового покрытия в рамках нашего плана страхования 94

E. Услуги поддержки по месту жительства 173

F. Услуги, покрываемые вне нашего плана страхования 181

F1. Программа штата California по переходу на обслуживание по месту жительства (CCT) 181

F2. Стоматологическое обслуживание Medi-Cal 182

F3. Услуги поддержки на дому (IHSS) 183

F4. Альтернативные программы обслуживания на дому и по месту жительства (HCBS) в соответствии с Разделом 1915(c) 183

F5. Услуги в сфере психического здоровья на уровне округа, предоставляемые вне нашего плана страхования (услуги в сфере психического здоровья и при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ) 188

G. Услуги, не покрываемые нашим планом страхования, Medicare или Medi-Cal 191

A. Доступные вам покрываемые услуги

В этой главе содержится информация об услугах, покрываемых нашим планом страхования. Вы также можете узнать об услугах, которые не покрываются. Информация о страховом покрытии лекарств представлена в разделе А **главы 5** настоящего *Справочника участника плана*. Кроме того, в этой главе объясняются ограничения в отношении некоторых услуг.

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

Если вам нужна помощь с пониманием того, какие услуги покрываются, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.

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

Мы не позволяем нашим поставщикам услуг выставлять вам счета за покрываемые услуги, полученные у сотрудничающих с планом поставщиков. Мы сами напрямую платим нашим поставщикам услуг, тем самым не допуская взимания платы с вас. Это правило действует даже тогда, когда мы платим поставщикам услуг меньше, чем установленная ими стоимость услуг.

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

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

В таблице страхового покрытия указано, какие услуги оплачивает наш план страхования. (Информация о страховом покрытии лекарственных препаратов представлена в **главе 5.**) В ней в алфавитном порядке перечислены покрываемые услуги и даны пояснения.

Мы оплачиваем услуги, перечисленные в таблице страхового покрытия, при соблюдении следующих правил. Вы **ничего не платите** за услуги, перечисленные

в таблице страхового покрытия, если вы соответствуете требованиям страхования, описанным ниже.

- Услуги, покрываемые в рамках Medicare и Medi-Cal, предоставляются нами в соответствии с правилами, установленными Medicare и Medi-Cal.

- Услуги, в том числе медицинское обслуживание, услуги в сфере психического здоровья и при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, долгосрочное обслуживание и поддержка, принадлежности, оборудование и лекарства, должны быть «необходимы по медицинским показаниям». «Необходимыми по медицинским показаниям» называют услуги, принадлежности или лекарства, необходимые для предотвращения, диагностики либо лечения заболевания или для поддержания вашего текущего состояния здоровья. Сюда также относится уход, позволяющий вам избежать поступления в больницу или учреждение сестринского ухода. Кроме того, услуги, принадлежности или лекарства должны соответствовать общепринятым стандартам медицинской практики. Услуга является необходимой по медицинским показаниям, если она обоснована и нужна для спасения жизни, предупреждения серьезной болезни или инвалидности либо облегчения сильной боли.

- Для новых участников плана страхования в первые 90 дней мы можем не требовать получения предварительного одобрения в отношении какого-либо текущего курса лечения, даже если этот курс лечения предполагает получение услуги, которую сначала оказывал внесетевой поставщик услуг.

- Вы получаете помощь у сетевого поставщика услуг. Сетевой поставщик услуг — это поставщик услуг, работающий с нами. В большинстве случаев медицинская помощь, полученная у внесетевого поставщика услуг, не покрывается; исключение составляют экстренные ситуации и неотложная медицинская помощь, а также наличие направления от плана страхования или сетевого поставщика услуг. Это означает, что вам может потребоваться полностью оплатить услуги, оказываемые внесетевыми поставщиками услуг. **Глава 3** настоящего *Справочника участника плана* содержит дополнительную информацию о взаимодействии с сетевыми и внесетевыми поставщиками услуг.

- У вас есть поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP) или группа медицинского обслуживания, которые предоставляют вам медицинскую помощь и координируют ее получение у других специалистов. В большинстве случаев вы должны получить одобрение PCP, прежде чем вы сможете обратиться к поставщику услуг, который не является вашим PCP, или к другим поставщикам услуг, представленным в сети нашего плана. Это называется направлением. **Глава 3** настоящего *Справочника участника плана* содержит дополнительную информацию о получении направления и ситуациях, при которых **направление** не нужно.

- Некоторые услуги, перечисленные в таблице страхового покрытия, покрываются только при условии, что ваш врач или другой сетевой поставщик услуг заранее получил наше одобрение. Это называется предварительным разрешением (PA). Покрываемые услуги, для получения которых необходимо PA, отмечены в таблице страхового покрытия курсивом.

- Если наш план подтверждает запрос на PA в отношении курса лечения, такое подтверждение должно действовать в течение периода, достаточного с медицинской точки зрения и необходимого для недопущения перерывов в лечении на основании применимых критериев покрытия, истории болезни и рекомендаций лечащего врача.

- 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 www.Medicare.gov или запросите экземпляр, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.)

- 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 Medi-Cal в течение периода продолжительностью 3 месяца, когда вы считаетесь все еще имеющими право на участие в плане страхования, мы продолжим предоставлять все услуги Medicare, покрываемые планом Medicare Advantage. Однако ваше покрытие по программе Medi-Cal может закончиться раньше, чем покрытие по программе Medicare у нас. Если действие вашего полиса Medi-Cal прекращается, мы больше не будем оплачивать предоставляемые вам услуги по программе Medi-Cal. Мы оплатим все расходы по программе Medicare, которые программа Medi-Cal покрыла бы, если бы вы не потеряли право на участие в программе Medi-Cal. Для получения дополнительной информации обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части страницы.

  Мы поможем вам восстановить право на участие в программе Medi-Cal. Если ваше право на участие в программе Medi-Cal будет восстановлено, пока вы по-прежнему зарегистрированы у нас для получения покрытия Medicare, мы возобновим оплату услуг, покрываемых Medi-Cal, для вас, а ваше участие в нашем плане продолжится. Если вы восстановите право на участие в программе Medi-Cal после того, как мы исключили вас из нашего покрытия Medicare, вам нужно будет связаться с нами, чтобы снова зарегистрироваться в плане.

Важная информация о покрываемых услугах для участников с определенными хроническими заболеваниями.

- При наличии у вас любого из перечисленных ниже хронических заболеваний (либо нескольких из них), а также соответствии определенным критериям вы можете иметь право на особые дополнительные услуги для хронических 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 удовлетворяют **всем** требованиям, установленным CMS для получения права на соответствие.

- 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 права на участие, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному на задней стороне вашей ID-карты участника.

- 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.

Все профилактические услуги бесплатны. Изображением яблока 🍎 в таблице страхового покрытия отмечены профилактические услуги.

D. Таблица страхового покрытия в рамках нашего плана страхования

Покрываемая услуга		Ваши расходы
🍎	**Скрининг аневризмы брюшной аорты** Мы оплачиваем один ультразвуковой скрининг для людей 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).	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Иглотерапия Мы оплачиваем до двух амбулаторных сеансов иглотерапии в течение одного календарного месяца или чаще, если они необходимы по медицинским показаниям. Мы также оплачиваем до 12 сеансов иглотерапии в течение 90 дней при хронической боли в пояснице, т. е. такой боли, которая соответствует следующим критериям: ● состояние наблюдается в течение 12 недель или более; ● состояние имеет общий характер (не может быть выявлена системная причина, например связь с метастатическим или воспалительным процессом и инфекционным заболеванием); ● состояние не связано с хирургическим вмешательством; ● состояние не связано с беременностью. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Иглотерапия (продолжение) Помимо этого, мы оплатим восемь дополнительных сеансов иглотерапии для лечения хронической боли в пояснице в случае улучшения состояния. За один год можно пройти не более 20 сеансов иглотерапии для лечения хронической боли в пояснице. В случае отсутствия улучшения состояния или при его ухудшении иглотерапию необходимо прекратить. 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. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Иглотерапия (продолжение) Предоставление услуг иглотерапии вспомогательным персоналом должно проводиться под соответствующим надзором врача, PA или NP/CNS, как того требуют наши положения. После того, как вы исчерпаете покрытие в рамках Medicare, количество услуг ограничится максимум 2 услугами в месяц или комбинацией 2 услуг в месяц из следующих: акупунктура, хиропрактика, трудовая терапия, логопедия, аудиология или подиатрия. **Наш план также покрывает дополнительные (не покрываемые программой Medicare) услуги иглотерапии в количестве до 24 сеансов ежегодно.** В большинстве случаев для получения покрываемых услуг вам необходимо обращаться к поставщикам услуг, заключившим договор с нами. Если у вас возникли вопросы относительно получения этих услуг, обратитесь в наш план страхования. К покрываемым планом страхования услугам иглотерапии относятся: ● Осмотр нового пациента или осмотр постоянного пациента для первоначальной оценки состояния пациента с новой проблемой со здоровьем или новым обострением ● Осмотр постоянных пациентов (в течение 3 лет после нового осмотра) ● Последующие приемы — могут включать услуги иглотерапии или повторный осмотр ● Независимое заключение другого сотрудничающего с планом поставщика услуг ● Услуги неотложной и экстренной помощи Для получения помощи в поиске поставщика, входящего в сеть плана, вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана.	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Скрининг на злоупотребление алкоголем и консультирование по этому вопросу Мы оплачиваем один скрининг на злоупотребление алкоголем (SABIRT) для взрослых участников плана, которые злоупотребляют алкоголем, но не являются алкоголезависимыми. Покрытие распространяется на беременных женщин. Если результаты скрининга на злоупотребление алкоголем окажутся положительными, вы можете получать до четырех индивидуальных экспресс-консультаций ежегодно (если вы дееспособны и во время консультации находитесь в ясном сознании) от квалифицированного поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) или специалиста в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи.	$0
	Услуги скорой помощи Покрываемые услуги скорой помощи, предоставляемые как в экстренной, так и в неэкстренной ситуации, включают наземную транспортировку и транспортировку по воздуху (самолетом и вертолетом). Транспорт скорой помощи доставит вас в ближайшее учреждение, в котором может быть предоставлено медицинское обслуживание. Ваше состояние должно быть настолько серьезным, что другие способы транспортировки будут представлять опасность для вашего здоровья или жизни. В других (неэкстренных) случаях услуги скорой помощи должны быть одобрены нами. Мы можем оплатить транспортировку скорой помощью и в неэкстренной ситуации. Ваше состояние должно быть настолько серьезным, что другие способы транспортировки будут представлять опасность для вашей жизни или здоровья.	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.*

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).	$0
	Ежегодный профилактический прием Вам доступен ежегодный профилактический осмотр. Его цель — составление или обновление плана профилактических мер с учетом актуальных факторов риска для вашего здоровья. Мы оплачиваем эту услугу однократно каждые 12 месяцев. **Примечание.** Ваш первый ежегодный профилактический прием состоится не ранее чем через 12 месяцев после приема «**Добро пожаловать в Medicare**». Однако, если вы уже являетесь участником программы Часть B в течение 12 месяцев или более, прием «**Добро пожаловать в Medicare**» необязателен для прохождения ежегодных профилактических приемов.	$0
	Профилактические услуги при бронхиальной астме Вы можете пройти обучение по бронхиальной астме и оценку жилищно-бытовых условий на предмет наличия триггеров, часто встречающихся в доме у людей с плохо контролируемой астмой.	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Измерение костной массы Мы оплачиваем определенные процедуры для соответствующих критериям участников плана (как правило, для лиц с высоким риском потери костной массы или остеопороза). Эти процедуры позволяют определить костную массу, обнаружить ее потерю и оценить состояние костей. Мы оплачиваем эти услуги однократно каждые 24 месяца или чаще, если это необходимо по медицинским показаниям. Мы также оплачиваем услуги врача по расшифровке результатов обследования.	$0
	Скрининг рака молочной железы (маммография) Мы покрываем следующие услуги: ● одна базисная маммография в возрасте от 35 до 39 лет ● одна скрининговая маммография каждые 12 месяцев для женщин в возрасте от 40 лет ● клиническое обследование молочной железы однократно каждые 24 месяца	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Услуги кардиологической (сердечной) реабилитации Мы оплачиваем такие услуги кардиологической реабилитации, как лечебная физкультура, медицинское просвещение и консультирование. Участники плана должны соответствовать определенным критериям и иметь направление от врача. Мы покрываем 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); ● 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 двух сеансов в день (каждый продолжительностью один 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.	$0 *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Прием с целью снижения риска сердечно-сосудистых (сердечных) заболеваний (лечение сердечных заболеваний) Мы оплачиваем один прием в год или чаще при необходимости по медицинским показаниям у вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) в целях снижения риска развития сердечных заболеваний. В рамках этого приема ваш врач может: ● обсудить с вами лечение аспирином, ● измерить артериальное давление **и/или** ● дать советы о правильном питании.	$0
	Скрининговые обследования на наличие сердечно-сосудистых (сердечных) заболеваний Мы оплачиваем анализы крови на наличие сердечно-сосудистых заболеваний однократно каждые пять лет (60 месяцев). Эти анализы крови также позволяют проверить наличие нарушений, обусловленных высоким риском развития сердечных заболеваний.	$0
	Скрининг рака шейки матки и влагалища Мы покрываем следующие услуги: ● для всех женщин: цитологические мазки и обследования тазовых органов один раз каждые 24 месяца ● для женщин с высоким риском рака шейки матки или влагалища: один цитологический мазок каждые 12 месяцев ● для женщин репродуктивного возраста, у которых результаты цитологического мазка в течение последних трех лет не соответствовали норме: один цитологический мазок каждые 12 месяцев ● для женщин 30–65 лет: анализ на вирус папилломы человека (ВПЧ) или цитологический мазок вместе с анализом на ВПЧ однократно каждые пять лет	$0

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги мануальной терапии Мы покрываем следующие услуги: ● манипуляции с позвоночником с целью исправления подвывихов За исключением беременных участниц или участников, проживающих в учреждении квалифицированного сестринского ухода или получающих долгосрочный уход, услуги мануальной терапии в виде манипуляций с позвоночником с целью коррекции при растяжении или смещении позвонков или шейного отдела позвоночника покрываются для участников программы Medi-Cal только в том случае, если они предоставлены сотрудничающими с планом поставщиками услуг мануальной терапии. При обращении во внесетевые клиники FQHC, RHC и IHCP могут потребоваться направления. Услуги мануальной терапии: ● Ограничены максимум двумя сеансами оказания услуг в месяц с учетом полученных услуг аудиологии, иглотерапии, трудовой терапии и логопедической терапии. Ограничения не распространяются на участников-детей в возрасте до 21 года, беременных участниц или участников, проживающих в учреждении квалифицированного сестринского ухода или получающих долгосрочный уход. ● Ограничены лечением позвоночника посредством манипуляций с ним (возмещаются расходы только на одну процедуру мануальной терапии при условии выставления счета тем же поставщиком услуг тому же адресату и на ту же дату оказания услуги). Поддерживающая терапия не считается обоснованной и необходимой по медицинским показаниям, поэтому она не покрывается. Страховое покрытие услуг мануальной терапии ограничено услугами, предоставленными врачом со специализацией в мануальной терапии, остеопатии или общей медицине, лицензированным штатом California.	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление*.

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Скрининг рака толстого кишечника и прямой кишки Мы покрываем следующие услуги: ● Колоноскопия не имеет ограничений по минимальному или максимальному возрасту и покрывается однократно каждые 120 месяцев (десять 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. ● 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, либо 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, скрининговая КТ-колонография может быть оплачена 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. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице**	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Скрининг рака толстого кишечника и прямой кишки (продолжение) ● Многоцелевой анализ ДНК кала для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям высокого риска. Однократно каждые три года. ● Тесты на биомаркеры в крови для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям высокого риска. Однократно каждые три 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.	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Услуги для взрослых пациентов по месту жительства (CBAS) CBAS представляет собой программу дневного медицинского обслуживания по месту жительства, предоставляющую услуги пожилым людям и взрослым с хроническими заболеваниями, когнитивными или психическими расстройствами и/или инвалидностью, которым в ином случае потребовался бы стационарный уход. Программа CBAS является альтернативой стационарному уходу для участников программы Medi-Cal, которые могут продолжать жить дома при условии получения соответствующей медицинской помощи, услуг по реабилитации, персонального ухода и социальной поддержки. Программа CBAS делает акцент на партнерских отношениях с участниками программы, их семьями и/или ухаживающими за ними лицами, поставщиками первичного медицинского обслуживания и местным сообществом, а также ставит своей целью поддержание личной независимости участников программы. В центре предоставляются следующие услуги: ● Услуги профессионального сестринского ухода ● Физиотерапия, трудовая терапия и логопедическая терапия ● Услуги в сфере психического здоровья ● Терапевтические мероприятия ● Социальные услуги ● Персональный уход ● Горячее питание и консультирование по вопросам питания ● Транспортировка к месту постоянного проживания участника программы и из него **Примечание.** Если вы не можете обратиться в центр программы CBAS, мы можем предоставить эти услуги по отдельности.	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Стоматологические услуги Мы оплачиваем определенные стоматологические услуги, включая, помимо прочего, чистку, пломбирование и зубные протезы. Услуги вне нашего покрытия доступны в рамках программы стоматологического обслуживания Medi-Cal согласно описанию в **разделе F2** ниже. Мы оплачиваем некоторые стоматологические услуги, когда эти услуги являются неотъемлемой частью специфического лечения основного заболевания пациента. 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. Как участнику программы Medi-Cal вам доступно множество стандартных стоматологических услуг в рамках программы стоматологического обслуживания Medi-Cal; помимо прочего, предоставляются следующие услуги: ● Стоматологические осмотры (каждые 12 месяцев) ● Стоматологическая чистка зубов (каждые 12 месяцев) ● Удаление зубного камня и околокорневая чистка ● Фторирование зубов (каждые 12 месяцев) ● Рентгенография ● Пломбирование ● Коронки ● Лечение корневых каналов ● Частичное и полное протезирование ● Перебазировка протеза ● Удаление зуба ● Экстренная медицинская помощь **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Стоматологические услуги (продолжение) Для получения дополнительной информации о стоматологических услугах в рамках стоматологического обслуживания Medi-Cal или помощи в поиске стоматолога, который работает по программе Medi-Cal, обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру 1-800-322-6384 (при использовании TTY набирайте 1-800-735-2922). Звонок бесплатный. Представители программы стоматологического обслуживания Medi-Cal могут помочь вам с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. с понедельника по пятницу. Более подробную информацию также можно получить на веб-сайте smilecalifornia.org. В дополнение к покрываемым услугам по программе стоматологического обслуживания Medi-Cal наш план страхования покрывает дополнительные стоматологические услуги и процедуры. К таким услугам относятся, помимо прочего, следующие: ● **Комплексное стоматологическое обслуживание** К числу покрываемых услуг относятся: ○ Восстановительные процедуры — 1 раз для одного и того же зуба каждые 7 лет участия в плане ○ Ортопедическая стоматология, съемные протезы — 1 раз на зубной ряд каждые 2–3 года участия в плане в зависимости от типа услуги **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Стоматологические услуги (продолжение) ○ Ортопедическая стоматология, несъемные протезы — 1 раз для одного и того же зуба каждые 7 лет участия в плане ○ Дополнительные общие услуги — 1 раз ежегодно **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**	
	Скрининг депрессии Мы оплачиваем один скрининг депрессии каждый год. Скрининг должен проводиться в учреждении первичного медицинского обслуживания, в котором можно получить последующее лечение и/или направление.	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Скрининг сахарного диабета Мы оплачиваем данный скрининг (включая анализ крови на глюкозу натощак) при наличии у вас каких-либо из следующих факторов риска: ● высокое артериальное давление (гипертония) ● аномальные уровни холестерина и триглицеридов в анамнезе (дислипидемия) ● ожирение ● повышенный уровень сахара (глюкозы) в крови в анамнезе Анализы могут покрываться в некоторых других случаях, например, для лиц с избыточным весом и с сахарным диабетом в семейном анамнезе. Вы можете соответствовать критериям, дающим вам право проходить до двух скринингов сахарного диабета каждые 12 месяцев после даты проведения последнего скринингового обследования на сахарный диабет.	$0
	Обучение самостоятельному уходу при сахарном диабете, услуги и принадлежности для лиц с сахарным диабетом Мы оплачиваем следующие услуги всем лицам с сахарным диабетом (независимо от того, принимают ли они инсулин): ● Приспособления для контроля уровня глюкозы в крови, включая перечисленные ниже: ○ глюкометр ○ тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови ○ ланцеты и ланцетные устройства ○ контрольные растворы глюкозы для проверки точности тест-полосок и глюкометров **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление*.

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Обучение самостоятельному уходу при сахарном диабете, услуги и принадлежности для лиц с сахарным диабетом (продолжение) ● Для больных сахарным диабетом с выраженным синдромом диабетической стопы мы оплачиваем следующее: ○ одна пара ортопедической обуви по слепку стопы (в том числе стельки), включая подгонку, и две дополнительные пары стелек каждый календарный год **или** ○ одна пара закрытой обуви повышенной глубины, включая подгонку, и три пары стелек каждый календарный год (без учета стандартных съемных стелек, предоставляемых с такой обувью) ● В некоторых случаях мы оплачиваем обучение, направленное на поддержание самочувствия при сахарном диабете. Для получения дополнительной информации обращайтесь в отдел обслуживания участников плана. 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. В случае приобретения товаров для тестирования при сахарном диабете в розничной аптеке вам следует также предъявить фармацевту свою карту Medi-Cal BIC, чтобы они могли надлежащим образом выставить счет нашему плану страхования и программе Medi-Cal Rx.	.

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Услуги доулы Для беременных участниц плана мы оплачиваем девять визитов доулы в дородовой и послеродовой период, а также сопровождение во время схваток и родоразрешения. Кроме того, может быть предоставлено до девяти дополнительных визитов в послеродовой период.	$0
	Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие принадлежности Определение медицинского оборудования длительного пользования (DME) см. в **главе 12** настоящего *Справочника участника плана*. Мы покрываем следующие товары: ● инвалидные коляски, в том числе электрические инвалидные коляски ● костыли ● системы ортопедических матрасов ● сухие противопролежневые накладки на матрас ● принадлежности для больных сахарным диабетом ● заказываемые поставщиком услуг больничные койки для использования на дому ● насосы и штативы для внутривенной (в/в) инфузии ● голосообразующие аппараты ● кислородное оборудование и принадлежности ● небулайзеры ● ходунки ● трости со стандартной изогнутой рукояткой или четырьмя опорами и сменные ● принадлежности ● приспособления для вытяжения шейного отдела позвоночника (с креплением в дверном проеме) **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие принадлежности (продолжение) ● стимулятор роста костей ● оборудование для диализа Могут покрываться и другие товары. Мы оплачиваем все оборудование DME, необходимое по медицинским показаниям и обычно покрываемое программами Medicare и Medi-Cal. Если наш поставщик оборудования в вашем регионе не поставляет изделия определенной торговой марки или производителя, вы можете попросить его сделать для вас специальный заказ. Обратитесь в отдел обслуживания участников плана и попросите помочь вам найти другого поставщика, который сможет обеспечить вас нужным оборудованием. Кроме того, покрывается используемое вне дома медицинское оборудование длительного пользования, не покрываемое программой Medicare.	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Экстренная медицинская помощь Экстренная медицинская помощь подразумевает услуги, которые: ● предоставляются поставщиком услуг, обученным оказывать услуги экстренной медицинской помощи, а также ● требуются для оценки или лечения неотложного состояния. К неотложным состояниям можно отнести заболевание, травму, сильную боль или быстро ухудшающееся состояние. Это состояние должно быть настолько серьезным, чтобы любой человек с обычным уровнем знаний о здоровье и медицине имел основания полагать, что отсутствие незамедлительного медицинского вмешательства может привести к одному из следующих результатов: ● серьезный риск для вашего здоровья или для здоровья плода; **или** ● серьезное нарушение работы организма; **или** ● серьезное нарушение работы какого-либо органа; **или** ● потеря конечности или функции конечности. ● В случае активных родовых схваток у беременной женщины, когда: ○ Недостаточно времени для безопасной перевозки в другую больницу до родоразрешения. ○ Перевозка в другую больницу может представлять серьезную угрозу для вашего здоровья или безопасности либо здоровья и безопасности плода. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице**.	$0 Если вы получили экстренную медицинскую помощь во внесетевой больнице и при этом после стабилизации вашего состояния вам все еще нужно стационарное лечение, вы должны вернуться в сетевую больницу для дальнейшего лечения, чтобы мы продолжили оплачивать его. Вы можете оставаться во внесетевой больнице для получения стационарного лечения, только если наш план одобрит это.

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Экстренная медицинская помощь (продолжение) Страховое покрытие экстренной/неотложной помощи по всему миру. Определяется как неотложная и экстренная медицинская помощь, а также помощь после стабилизации состояния, предоставляемая за пределами США. ● Страховое покрытие ограничено только услугами, которые в случае предоставления в пределах США классифицировались бы как неотложная и экстренная медицинская помощь, а также помощь после стабилизации состояния. ● Услуги скорой помощи покрываются в тех случаях, когда все прочие способы добраться до отделения неотложной помощи представляют угрозу для вашего здоровья. ● Иностранные налоги и сборы (включая, помимо прочего, комиссию за конвертацию валют или операционные сборы) не покрываются. «США» означает 50 штатов, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands и American Samoa.	Доплата $115 В случае госпитализации в стационар вы не освобождаетесь от участия в расходах на услуги неотложной медицинской помощи/приема в отделении неотложной помощи по всему миру. Страховое покрытие экстренной/неотложной помощи по всему миру ограничено суммой $50,000 в год.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги по планированию семьи Законодательство допускает обращение к любому поставщику услуг (как сетевому, так и внесетевому), если вам требуются определенные услуги по планированию семьи. Это может быть любой врач, любая клиника или больница, аптека или центр планирования семьи. Мы покрываем следующие услуги: ● обследование и лечение в связи с планированием семьи ● анализы и диагностика в связи с планированием семьи ● использование методов контроля рождаемости (внутриматочные противозачаточные средства (IUC/ IUD), уколы и импланты, противозачаточные таблетки, пластыри или кольца) ● использование средств контроля рождаемости (презерватив, губка, пена, пленка, колпачок, диафрагма) при наличии рецепта ● ограниченные услуги, связанные с репродуктивной функцией, такие как консультации и обучение по вопросам репродуктивной функции и/или консультирование до зачатия, анализы и лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП) ● консультирование и анализы на ВИЧ, СПИД и другие состояния, вызываемые ВИЧ ● средства постоянной контрацепции (для выбора этого метода контроля рождаемости вам должно быть не менее 21 года. Необходимо подписать федеральную форму согласия на стерилизацию не менее чем за 30 дней и не более чем за 180 дней до даты хирургического вмешательства.) ● генетическое консультирование Мы также оплачиваем некоторые другие услуги по планированию семьи. Однако для получения следующих услуг вы должны обращаться к поставщику услуг из нашей сети поставщиков услуг: ● лечение медицинских причин бесплодия (данная услуга не включает методы искусственного оплодотворения) ● лечение СПИДа и других состояний, вызываемых ВИЧ ● генетическое тестирование	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Обучающие программы по охране здоровья и улучшению самочувствия Мы предлагаем множество программ, предназначенных для лиц с определенными заболеваниями. Сюда входит следующее: ● занятия по медицинскому просвещению; ● занятия по обучению здоровому питанию; ● отказ от курения и употребления табака; **а также** ● горячая 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. ● страховое покрытие фитнес-услуг. ○ Наш план предусматривает фитнес-программу, в рамках которой вам предоставляется доступ к фитнес-центрам по всей стране. ○ Для поддержки активного и здорового образа жизни вы получаете бесплатный доступ к следующим услугам: **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Обучающие программы по охране здоровья и улучшению самочувствия (продолжение) ■ Абонемент в фитнес-центр: выберите любой из представленных в сети фитнес-центров для очного посещения. Абонемент предполагает доступ к стандартным услугам фитнес-клуба или фитнес-студии, а также к предлагаемым групповым занятиям. Вы можете посещать один или несколько спортзалов в сети фитнес-центров. ■ Домашние фитнес-комплекты: вы можете выбрать любой из множества доступных домашних фитнес-комплектов. Вы можете получить вплоть до 1 комплекта каждый страховой год. ■ Фитнес-программа в цифровом формате: выбирайте из тысяч видеороликов с упражнениями по запросу, представленных в цифровой библиотеке; получите доступ к виртуальным занятиям и мобильному приложению. Для получения дополнительной информации о страховом покрытии фитнес-услуг обращайтесь в отдел обслуживания участников плана.	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Сурдологические услуги Мы оплачиваем проверку слуха и чувства равновесия, выполняемую вашим поставщиком услуг. Такие проверки позволяют определить, нуждаетесь ли вы в медицинской помощи. Они покрываются как амбулаторное обслуживание, если вы получаете их у врача, аудиолога или другого квалифицированного поставщика услуг. Мы также оплачиваем слуховые аппараты при наличии назначения врача или другого квалифицированного поставщика услуг, в том числе: ● вкладыши, вставки и принадлежности ● ремонт ● первый набор батареек ● шесть приемов у того же поставщика оборудования после получения слухового аппарата с целью обучения, регулировки и подгонки ● аренда слухового аппарата на пробный период ● вспомогательные слуховые устройства, слуховые аппараты, действующие по механизму костного проведения ● аудиологические услуги в связи с ношением слухового аппарата и услуги после оценки необходимости в слуховом аппарате Наш план также покрывает следующие дополнительные (плановые) сурдологические услуги: ● 1 плановая проверка слуха ежегодно. ● 1 подгонка/заключение о необходимости ношения слухового аппарата ежегодно. ● 1 неимплантируемый слуховой аппарат для каждого уха; до $750 ежегодно. Не более 2 неимплантируемых слуховых аппарата ежегодно. Страховое покрытие включает гарантию на 3 года, в том числе в случае потери и повреждения, а также запас батарей.	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Скрининг на ВИЧ Мы оплачиваем один анализ на ВИЧ каждые 12 месяцев лицам, которые: ● запрашивают анализ на ВИЧ **или** ● относятся к группе повышенного риска инфицирования ВИЧ. Если вы беременны, мы оплатим до трех анализов на ВИЧ за время беременности. Мы также оплачиваем дополнительные скрининговые обследования на ВИЧ, если они рекомендованы вашим поставщиком услуг.	$0
	Услуги агентств по медицинскому обслуживанию на дому Перед получением вами медицинского ухода на дому врач должен сообщить нам, что вы нуждаетесь в таком уходе, после чего услуги должны быть предоставлены агентством по медицинскому обслуживанию на дому. Вы должны быть прикованы к дому, т. е. выход из дома должен представлять для вас значительное затруднение. Мы оплачиваем следующие услуги, а также, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь: ● 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 восьми часов в день и 35 часов в неделю) ● физиотерапия, трудовая терапия и логопедическая терапия ● медико-социальные услуги ● медицинское оборудование и принадлежности	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление*.

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Инфузионная терапия на дому Наш план оплачивает инфузионную терапию на дому, под которой понимается внутривенное или подкожное введение вам лекарств или биологических препаратов у вас дома. Для проведения инфузионной терапии на дому необходимо следующее: ● лекарство или биологический препарат (например, противовирусный препарат или иммуноглобулин); ● оборудование (например, насос); **а также** ● принадлежности (например, трубки или катетер). Наш план покрывает услуги инфузионной терапии на дому, включая, помимо прочего, следующее: ● услуги специалистов, включая услуги медсестры, оказываемые в соответствии с вашим планом медицинского обслуживания; ● обучение и подготовка участника плана, не включенные в страховое покрытие оборудования DME; ● удаленный мониторинг; **а также** ● услуги по контролю процедуры инфузионной терапии на дому и поставки соответствующих препаратов квалифицированным специалистом по инфузионной терапии на дому.	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Услуги хосписа Вы имеете право выбрать для себя услуги хосписа, если ваш поставщик услуг и главный врач хосписа выносят заключение о том, что вы неизлечимо больны. Другими словами, у вас терминальная стадия болезни и вам осталось жить не более шести месяцев. Вам доступно медицинское обслуживание в рамках любой хосписной программы, сертифицированной Medicare. Наш план страхования должен помочь вам найти сертифицированные Medicare программы хосписного ухода в зоне обслуживания 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: ● лекарства для симптоматического лечения 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.** **Счета за услуги хосписа и услуги, покрываемые в рамках Medicare Part A или Medicare Part B и связанные с вашим заболеванием в терминальной стадии, оплачиваются программой Medicare.** ● Original Medicare (а не наш план) будет платить вашему поставщику услуг хосписа за услуги хосписа и любые услуги по программе Часть A или B, связанные с вашим заболеванием в терминальной стадии. В период вашего участия в программе хосписного ухода ваш поставщик услуг хосписа будет выставлять Original Medicare счета на оплату услуг, покрываемых Original Medicare. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице**	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Услуги хосписа (продолжение) **Услуги, которые покрываются нашим планом страхования, но не покрываются в рамках Medicare Part A или Medicare Part B:** ● Наш план покрывает услуги, не покрываемые по программам Medicare Part A или Medicare Part B. Мы покрываем эти услуги независимо от того, связаны они с вашим заболеванием в терминальной стадии или нет. Вы оплачиваете эти услуги. **Лекарственные препараты, которые могут покрываться нашим планом страхования в рамках программы Medicare Part D:** ● Лекарственные препараты никогда не покрываются одновременно хосписом и нашим планом страхования. Дополнительную информацию см. в **главе 5** настоящего *Справочника участника плана*. **Примечание.** Если у вас имеется серьезное заболевание, вы можете иметь право на паллиативную помощь, предусматривающую медицинское обслуживание в тесном сотрудничестве с пациентом и его семьей с целью повышения качества вашей жизни. Вы можете получать паллиативную помощь одновременно с терапевтической/регулярной помощью. Дополнительную информацию см. в разделе «Паллиативная помощь» ниже. **Примечание.** Если вы нуждаетесь в медицинской помощи вне хосписа, обратитесь к своему координатору медицинского обслуживания и/или в отдел обслуживания участников плана для организации оказания вам этих услуг. Медицинская помощь вне хосписа — это обслуживание, **не связанное** с терминальной стадией неизлечимого заболевания. Наш план страхования покрывает услуги консультирования в рамках хосписного ухода (только один раз) для участников, находящихся в терминальной стадии болезни, которые не воспользовались страховым покрытием услуг хосписа.	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Прививки Мы покрываем следующие услуги: ● вакцины против пневмонии ● прививки от гриппа, проводящиеся один раз в сезон эпидемии гриппа осенью и зимой, а также дополнительные прививки 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 ● вакцина против вируса папилломы человека (ВПЧ) ● другие вакцины, если они удовлетворяют правилам покрытия Medicare Part B и если вы находитесь в группе риска Мы также оплачиваем другие вакцины, которые удовлетворяют правилам покрытия Medicare Part D. Подробнее см. в **главе 6** настоящего *Справочника участника плана*.	$0

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Стационарное лечение в больнице Мы оплачиваем следующие услуги, а также другие необходимые по медицинским показаниям услуги, не перечисленные здесь: ● 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 ● оборудование, такое как инвалидные коляски ● стоимость пребывания в операционной и послеоперационной палате ● физиотерапия, трудовая терапия и логопедическая терапия ● стационарное лечение алкогольной и наркотической зависимости ● в некоторых случаях следующие типы трансплантатов: роговица, почка, почка/поджелудочная железа, сердце, печень, легкое, сердце/легкое, костный мозг, стволовые клетки и кишечник/мультивисцеральный трансплантат Если вам нужна трансплантация, утвержденный программой Medicare центр трансплантологии рассмотрит ваш случай и решит, проводить ли вам эту операцию. Поставщики трансплантатов могут быть местными или находиться за пределами зоны обслуживания. Если местные поставщики трансплантатов готовы принять оплату по тарифу программы Medicare, вы можете получить такие услуги в своем регионе или за пределами схемы обслуживания вашего района. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице**	$0 После купирования неотложного состояния вы должны получить одобрение от нашего плана страхования, чтобы получать обслуживание в стационаре во внесетевой больнице. *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление*.

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Стационарное лечение в больнице (продолжение) Если наш план предоставляет услуги трансплантации за пределами схемы обслуживания в вашем районе, при этом вы выберете получение трансплантата именно таким образом, мы организуем или оплатим соответствующее проживание и дорогу для вас и одного сопровождающего вас лица. ● услуги переливания крови, включая хранение и введение. Покрытие услуг по переливанию цельной крови и эритроцитов с первой пинты крови, перелитой вам. Все остальные компоненты крови покрываются, начиная с первой пинты ● услуги врача-терапевта **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*, доступного 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.	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Стационарные услуги в психиатрической больнице Мы оплачиваем услуги в сфере психического здоровья, которые требуют пребывания в стационаре. ● Если вам нужны стационарные услуги в специализированной психиатрической больнице, мы оплатим вам первые 190 дней пребывания. После этого необходимые по медицинским показаниям стационарные психиатрические услуги будут оплачиваться управлением вашего округа по вопросам психического здоровья. Разрешение на продление срока пребывания свыше 190 дней согласовывается с управлением вашего округа по вопросам психического здоровья. ○ Лимит в 190 дней **не применяется** в отношении стационарных услуг в сфере психического здоровья, предоставленных в психиатрическом отделении больницы общего профиля. ● Если вам уже исполнилось 65 лет, мы оплатим для вас обслуживание в одном из психиатрических учреждений (IMD).	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление.*
	Пребывание в стационаре: покрываемые услуги, полученные в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF) в течение непокрываемого пребывания в стационаре Мы не оплачиваем ваше пребывание в стационаре, если вы уже исчерпали все соответствующее страховое покрытие либо если такое пребывание не является целесообразным и необходимым по медицинским показаниям. Однако в определенных ситуациях в рамках непокрываемого пребывания в стационаре мы можем оплачивать услуги, получаемые вами в больнице или учреждении сестринского ухода. Для получения дополнительной информации обращайтесь в отдел обслуживания участников плана. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Пребывание в стационаре: покрываемые услуги, полученные в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF) в течение непокрываемого пребывания в стационаре (продолжение) Мы оплачиваем следующие услуги, а также, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь: ● услуги врача ● диагностические обследования (например, анализы) ● лучевая, радиевая и изотопная терапия, включая услуги лаборанта, оборудование и расходные материалы ● перевязочные материалы ● шины, иммобилизующие аппараты и другие устройства для лечения переломов и вывихов ● протезы и ортопедические изделия (кроме стоматологических), включая замену или ремонт таких изделий. Эти изделия полностью или частично: ○ заменяют внутренний орган (включая пограничную ткань) **или** ○ выполняют функции недействующего или плохо функционирующего внутреннего органа. ● ортезы для ног, рук, спины и шеи; бандажи; искусственные руки, ноги и глаза. Сюда включена подгонка, ремонт и замена, необходимые в связи с поломкой, износом, утратой или в случае изменения вашего физического состояния ● физиотерапия, логопедическая терапия и трудовая терапия	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Услуги и принадлежности при заболеваниях почек Мы покрываем следующие услуги: ● Консультационные услуги при заболеваниях почек для обучения уходу за почками и помощи в принятии правильных решений по поводу ухода. У вас должна быть IV стадия хронической почечной недостаточности, а ваш врач должен дать вам направление. Мы покрываем до шести сеансов консультаций при заболеваниях почек. ● Амбулаторные процедуры диализа, включая процедуры диализа при временном нахождении вне зоны обслуживания в соответствии с описанием в **главе 3** настоящего *Справочника участника плана*, а также когда ваш поставщик услуг диализа временно недоступен. ● Стационарные процедуры диализа, если вы поступаете в стационар для специализированного лечения ● Обучение самостоятельному проведению диализа, включая обучение вас и лица, оказывающего помощь в проведении процедуры диализа на дому ● Оборудование и принадлежности для проведения диализа на дому ● 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 экстренных ситуациях и для проверки оборудования для проведения диализа и подачи воды. Программа Medicare Part B оплачивает некоторые лекарства для проведения диализа. Для получения дополнительной информации см. раздел этой таблицы «Лекарства, покрываемые программой Medicare Part B».	$0 *Может требоваться направление*.

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Скрининг рака легких посредством низкодозной компьютерной томографии (LDCT) Наш план оплачивает скрининг рака легких каждые 12 месяцев, если: ● вам 50–77 лет, **и** ● вы посетили своего врача или другого квалифицированного поставщика услуг для получения консультации и принятия совместного решения, **и** ● вы курили не менее одной пачки сигарет в день в течение 20 лет без каких-либо признаков или симптомов рака легких, курите на данный момент или бросили курить не более чем 15 лет назад. После первого скрининга наш план оплачивает по одному скринингу в год с письменного распоряжения вашего врача или другого квалифицированного поставщика услуг. Если поставщик услуг решает провести прием с целью консультации по вопросам скрининга рака легких и принятия совместного решения в отношении дальнейших скринингов рака легких, данный прием должен отвечать критериям Medicare.	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Диетотерапия Данная услуга предназначена для лиц с сахарным диабетом или заболеваниями почек, не требующими проведения диализа. Услуга также доступна после трансплантации почки по назначению врача. Мы оплачиваем три часа услуг индивидуального консультирования во время первого года получения вами диетотерапии в рамках программы Medicare. Мы можем одобрить дополнительные услуги при наличии необходимости по медицинским показаниям. После этого мы оплачиваем два часа услуг индивидуального консультирования ежегодно. Если ваше состояние, лечение или диагноз изменились, вы можете получить больше часов лечения по назначению врача. Врач должен назначать данные услуги и возобновлять свое назначение ежегодно, если вам потребуется лечение в следующем календарном году. Мы можем одобрить дополнительные услуги при наличии необходимости по медицинским показаниям.	$0
	Программа профилактики сахарного диабета Medicare (MDPP) Наш план страхования оплачивает услуги по программе MDPP лицам, соответствующим критериям. Программа MDPP предназначена помочь вам придерживаться более здорового образа жизни. Она предоставляет практическое обучение по следующим аспектам: ● долгосрочное изменение рациона питания, **и** ● повышение физической активности, **и** ● меры по снижению веса и поддержанию здорового образа жизни.	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Лекарства по программе Medicare Part B Такие лекарства покрываются в рамках программы Medicare Part B. Наш план страхования оплачивает следующие лекарственные препараты: ● лекарственные препараты, которые вы обычно не принимаете самостоятельно и которые вводятся путем инъекции или инфузии во время получения вами услуг у врача, в амбулаторном отделении больницы или амбулаторном хирургическом центре ● инсулин, поставляемый с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, инсулиновой помпы по медицинским показаниям) ● прочие лекарственные препараты, которые вы принимаете с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, небулайзера) и которые одобрил наш план страхования ● препарат Leqembi® от болезни Alzheimer's disease (непатентованное название — леканемаб), который вводится внутривенно (в/в). В дополнение к расходам на лекарственные препараты может потребоваться дополнительное сканирование и анализы до и/или во время лечения. 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 **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице**	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Лекарства по программе Medicare Part B (продолжение) ● 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. Программа Medicare Part D покрывает иммуносупрессивные препараты, если они не покрываются в рамках программы Часть B ● инъекционные препараты против остеопороза. Мы оплачиваем эти лекарства, если вы не можете покинуть дом, у вас перелом кости, который врач оценил как связанный с постменопаузальным остеопорозом, и вы не можете самостоятельно вводить лекарство ● 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 ● 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). 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 **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице**	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Лекарства по программе Medicare Part B (продолжение) ● 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®) ● внутривенный иммуноглобулин для лечения первичных иммунодефицитных заболеваний на дому ● парентеральное и энтеральное питание (внутривенное и зондовое питание) Вы можете ознакомиться со списком лекарств по программе Medicare Part B, для которых может действовать требование поэтапного лечения, перейдя по этой ссылке: go.wellcare.com/CAStepTherapy. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице**	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Лекарства по программе Medicare Part B (продолжение) Мы также покрываем ряд вакцин в рамках Medicare Part B и большинство вакцин для взрослых в рамках страхового покрытия рецептурных лекарственных препаратов по программе Medicare Part D. Страховое покрытие лекарств описано в **главе 5** настоящего *Справочника участника плана*. В этом разделе объясняются правила, которые необходимо соблюдать для покрытия лекарств по рецепту. Стоимость лекарств для вас в рамках нашего плана страхования описана в **главе 6** настоящего *Справочника участника плана*.	
	Услуги учреждения сестринского ухода Учреждение сестринского ухода (NF) представляет собой учреждение, где предоставляют уход людям, которые не нуждаются в лечении в больнице, но не могут получить необходимый уход дома. Услуги, которые мы оплачиваем, включают, помимо прочего, следующее: ● пребывание в двухместной палате (или одноместной палате, если это необходимо по медицинским показаниям) ● питание, включая особые диеты ● услуги медсестер ● физиотерапия, трудовая терапия и логопедическая терапия ● дыхательная терапия **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице**	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Услуги учреждения сестринского ухода (продолжение) ● лекарства, которые вы получаете как часть плана вашего лечения. (К их числу относятся вещества, которые образуются в организме естественным путем, например факторы свертывания крови.) ● услуги переливания крови, включая хранение и введение ● медицинские и хирургические принадлежности, обычно используемые в учреждениях сестринского ухода ● анализы, которые обычно проводят в учреждениях сестринского ухода ● рентгеновские обследования и другие виды лучевой диагностики, которые обычно проводят в учреждениях сестринского ухода ● использование оборудования, например, инвалидных колясок, которые обычно предоставляются в учреждениях сестринского ухода ● услуги врача/квалифицированного специалиста ● медицинское оборудование длительного пользования ● стоматологические услуги, включая зубные протезы ● офтальмологические услуги ● проверка слуха ● мануальная терапия ● услуги подиатра Как правило, вы получаете обслуживание в сетевых учреждениях. Однако у вас может быть возможность получать обслуживание в учреждении, которое не сотрудничает с нашим планом страхования. Вы можете обращаться за обслуживанием в следующие учреждения, если они согласны принимать оплату, предусмотренную нашим планом: **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице**	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Услуги учреждения сестринского ухода (продолжение) ● учреждение сестринского ухода или поселение для пенсионеров с постоянным уходом, где вы жили до того, как поступили в больницу (если там предоставляются услуги учреждения сестринского ухода). ● учреждение сестринского ухода, в котором живет ваш супруг/ваша супруга или ваш гражданский партнер в то время, когда вы выписываетесь из больницы.	
	Скрининг ожирения и терапия для снижения веса Если ваш индекс массы тела равен 30 и более, мы оплатим услугу консультирования, направленного на помощь в снижении веса. Консультации проводятся в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи. Это позволяет координировать консультации с вашим общим планом профилактических мер. За дополнительной информацией обращайтесь к своему поставщику первичного медицинского обслуживания.	$0
	Услуги по программе лечения зависимости от опиоидов (OTP) Наш план страхования оплачивает следующие услуги по лечению расстройств, вызванных употреблением опиоидов (OUD). Услуги предоставляются посредством программы OTP, в том числе следующие: ● процедуры при поступлении ● регулярные обследования ● лекарства, одобренные FDA, а также, если применимо, контроль применения и выдача вам этих лекарств ● консультирование по поводу алкогольной и наркотической зависимости ● индивидуальная и групповая терапия ● тестирование на содержание наркотических веществ в вашем организме (токсикологическое тестирование)	*$0* *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Амбулаторное диагностическое тестирование, терапевтические услуги и принадлежности Мы оплачиваем следующие услуги, а также другие необходимые по медицинским показаниям услуги, не перечисленные здесь: ● рентгенография ● лучевая (радиевая и изотопная) терапия, включая услуги лаборанта, оборудование и расходные материалы ● хирургические принадлежности, такие как перевязочные средства ● шины, иммобилизующие аппараты и другие устройства для лечения переломов и вывихов ● лабораторные анализы ● услуги переливания крови, включая хранение и введение ● 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 заболевания ● прочие амбулаторные диагностические обследования	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Амбулаторное наблюдение в больнице Мы оплачиваем услуги наблюдения, предоставляемые в амбулаторном отделении больницы с целью определения необходимости вашей госпитализации или выписки. Услуги должны отвечать критериям Medicare и быть признаны обоснованными и необходимыми. Услуги наблюдения покрываются только в том случае, когда они назначены лечащим врачом или другим лицом, которому в соответствии с законодательством штата и правилами внутреннего распорядка для персонала больницы разрешено принимать пациентов, поступающих в больницу, или назначать проведение амбулаторных исследований. **Примечание.** Если поставщик услуг не предоставил письменное распоряжение о помещении вас в больницу в качестве стационарного пациента, вы являетесь амбулаторным пациентом. 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. Получите дополнительную информацию из информационного бюллетеня программы Medicare по *больничным услугам по программе Medicare*, доступного по адресу Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	$0 *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Услуги амбулаторного отделения больницы Мы оплачиваем необходимые по медицинским показаниям услуги, которые вы получаете в амбулаторном отделении больницы в целях диагностики или лечения заболевания или травмы, например: ● Услуги, предоставляемые в отделении неотложной помощи или амбулаторной клинике, такие как амбулаторная хирургия или услуги наблюдения ● 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 в стационар ● Рентгенография и лучевая диагностика, за которые больницей выставлен счет ● Медицинские принадлежности, в частности, шины и иммобилизующие аппараты ● Некоторые лекарства и биологические препараты, которые вы не можете принимать самостоятельно	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Амбулаторные услуги в сфере психического здоровья Мы оплачиваем услуги в сфере психического здоровья, предоставляемые следующими специалистами: ● имеющий лицензию штата психиатр или врач ● клинический психолог ● клинический социальный работник (CSW) ● клиническая медсестра-специалист (CNS) ● лицензированный консультант-специалист (LPC) ● лицензированный психотерапевт в области брака и семейных отношений (LMFT) ● квалифицированная медсестра (NP) ● помощник врача (PA) ● любой другой специалист в сфере охраны психического здоровья, квалифицированный Medicare, если это разрешено соответствующим законодательством штата Мы оплачиваем следующие услуги, а также, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь: ● услуги клиники ● лечение в дневное время ● услуги психосоциальной реабилитации ● частичная госпитализация или программы интенсивного амбулаторного лечения ● индивидуальное и групповое обследование и лечение в сфере психического здоровья **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице**	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Амбулаторные услуги в сфере психического здоровья (продолжение) ● психологическое тестирование при наличии клинических показаний в целях оценки результатов лечения в сфере психического здоровья ● амбулаторные услуги с целью мониторинга лекарственной терапии ● амбулаторные анализы, лекарства, материалы и пищевые добавки ● консультация психиатра	
	Амбулаторные услуги по реабилитации Мы оплачиваем физиотерапию, трудовую терапию и логопедическую терапию. Вы можете получить амбулаторные услуги по реабилитации в амбулаторных отделениях больниц, независимых терапевтических кабинетах, центрах комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) и других учреждениях.	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление*.
	Амбулаторные услуги при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ Мы оплачиваем следующие услуги, а также, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь: ● скрининг на злоупотребление алкоголем и консультирование по этому вопросу ● лечение наркотической зависимости ● групповая или индивидуальная консультация квалифицированного клинического специалиста ● детоксикация при подострых состояниях в рамках программы лечения зависимости с проживанием ● помощь при алкогольной и/или наркотической зависимости в центре интенсивного амбулаторного лечения ● лечение препаратом Naltrexone (vivitrol) длительного действия	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление*.

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Амбулаторные хирургические услуги Мы оплачиваем 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. Если поставщик услуг не предоставляет письменное распоряжение о помещении вас в больницу в качестве стационарного пациента, вы являетесь амбулаторным пациентом. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом.	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление*.

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Паллиативная помощь Паллиативная помощь покрывается нашим планом страхования. Паллиативная помощь предназначена на лиц с серьезными заболеваниями. Она предусматривает медицинское обслуживание с учетом пожеланий пациента и его семьи с целью повышения качества жизни за счет предупреждения, предотвращения и облегчения страданий пациента. Паллиативная помощь **не относится** к услугам хосписа, т. е. для ее получения необязательно иметь предполагаемую продолжительность жизни не более шести месяцев. Паллиативная помощь предоставляется одновременно с терапевтической/регулярной помощью. В состав паллиативной помощи входит следующее: ● заблаговременное планирование медицинского ухода ● оценка и консультирование по вопросам паллиативной помощи ● план медицинского обслуживания, в который входят все утвержденные услуги паллиативной и терапевтической помощи, включая услуги в сфере психического здоровья и медико-социальные услуги ● услуги, предоставляемые назначенной вам группой медицинского обслуживания ● координация медицинского обслуживания ● обезболивание и симптоматическая терапия Вы не можете получать одновременно услуги хосписа и паллиативную помощь, если вы старше 21 года. Если вы получаете паллиативную помощь и соответствуете критериям для получения услуг хосписа, вы можете в любой момент запросить переход на услуги хосписа.	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Услуги частичной госпитализации и услуги интенсивного амбулаторного лечения Частичная госпитализация — это структурированная программа активного психиатрического лечения. Она предлагается как услуга в амбулаторном отделении больницы или в общественном центре лечения психических расстройств; такое лечение имеет более интенсивный характер по сравнению с лечением, получаемым в кабинете вашего врача, психотерапевта, лицензированного психотерапевта в области брака и семейных отношений (LMFT) или лицензированного консультанта-специалиста. Оно позволяет вам обойтись без 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, LMFT или лицензированного консультанта-специалиста, но менее интенсивный характер по сравнению с частичной госпитализацией. **Примечание.** Поскольку в нашей сети не представлены общественные центры лечения психических расстройств, мы покрываем частичную госпитализацию только в амбулаторном отделении больницы.	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Услуги врача/поставщика услуг, включая приемы у врача Мы покрываем следующие услуги: ● необходимое по медицинским показаниям медицинское обслуживание или хирургические услуги, предоставляемые в следующих условиях: ○ кабинет врача ○ сертифицированный амбулаторный хирургический центр ○ амбулаторное отделение больницы ○ любое другое место ● консультации, диагностика и лечение у специалиста ● базовые проверки слуха и вестибулярного аппарата вашим поставщиком первичного медицинского обслуживания, если ваш врач назначает их вам с целью определить, нуждаетесь ли вы в лечении ● определенные услуги телемедицины, в том числе: услуги неотложной медицинской помощи, медицинский уход 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: ○ 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. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице**	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление*.

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Услуги врача/поставщика услуг, включая приемы у врача (продолжение) ● наш план предусматривает круглосуточный доступ без выходных к виртуальным приемам у сертифицированных врачей посредством Teladoc для решения широкого круга проблем/вопросов со здоровьем. К числу покрываемых услуг относятся услуги общего медицинского обслуживания, услуги в сфере психического здоровья, дерматологические услуги и многое другое ● виртуальный прием (или консультация в режиме телемедицины) — это прием у врача, осуществляемый по телефону или через Интернет с использованием смартфона, планшета или компьютера. Для некоторых типов приемов может потребоваться подключение к сети Интернет и устройство с камерой ● ряд услуг телемедицины, включая консультацию, диагностику и лечение у лечащего врача или квалифицированного специалиста, для участников плана страхования, проживающих в определенных сельских местностях или в других регионах, утвержденных программой Medicare ● услуги телемедицины для ежемесячных приемов в связи с терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD) у пациентов, получающих диализ на дому; предоставляются в больничном центре гемодиализа, больничном центре гемодиализа с неограниченным доступом, учреждении гемодиализа или на дому ● услуги телемедицины для диагностики, оценки или лечения симптомов инсульта ● 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 **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице**	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Услуги врача/поставщика услуг, включая приемы у врача (продолжение) ● услуги телемедицины для приемов по вопросам психического здоровья, предоставляемые сельскими клиниками и федеральными медицинскими центрами ● виртуальные консультации с вашим врачом (например, по телефону или по видеосвязи) в течение от пяти до десяти минут **при соблюдении следующих условий** ○ вы не новый пациент; **и** ○ консультация не имеет отношения к посещению врача за последние семь дней; **и** ○ 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 семь дней; **и** ○ в результате оценки не назначается посещение врача в течение следующих суток или как можно быстрее. ● проведение вашим врачом консилиума с другими лечащими врачами по телефону, через Интернет или путем оценки электронной истории болезни, если вы не новый пациент ● независимое заключение другого сетевого поставщика услуг перед проведением хирургического вмешательства	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Услуги подиатра Мы покрываем следующие услуги: ● диагностика и медицинское или хирургическое лечение травм и заболеваний стоп (например, молоткообразный палец стопы или пяточные шпоры) ● плановый уход за стопами для участников плана страхования с заболеваниями, влияющими на нижние конечности (например, сахарный диабет) После исчерпания страхового покрытия по программе Medicare количество услуг ограничено двумя процедурами в месяц, если только не будет получено разрешение на дополнительные услуги.	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление*.
	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 восьми индивидуальных консультаций (включая оценку риска заражения ВИЧ, обсуждение шагов по снижению риска заражения ВИЧ и проверку соблюдения режима приема лекарств) каждые 12 месяцев. ● До восьми скринингов на ВИЧ каждые 12 месяцев. ● Однократный скрининг на вирус гепатита B.	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Скрининги рака предстательной железы Для мужчин в возрасте от 50 лет мы оплачиваем следующие услуги однократно каждые 12 месяцев: ● пальцевое ректальное исследование ● анализ на простатический специфический антиген (PSA)	$0

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Протезы и ортопедические изделия, сопутствующие принадлежности Протезы полностью или частично восполняют часть или функцию тела. Сюда относится в том числе следующее: ● тестирование, подгонка или обучение использованию протезов и ортопедических изделий ● калоприемники и принадлежности, напрямую связанные с уходом за колостомой ● оборудование для энтерального и парентерального питания, в том числе наборы для введения питательных смесей, инфузионные насосы, системы трубок и переходники, растворы и принадлежности для самостоятельных инъекций ● электрокардиостимуляторы ● ортезы ● ортопедическая обувь ● искусственные руки и ноги ● протезы молочной железы (включая послеоперационный бюстгальтер после мастэктомии) ● полные или частичные протезы, заменяющие внешнюю часть лица, которая была удалена или повреждена в результате заболевания, травмы либо врожденной патологии ● кремы и подгузники для страдающих недержанием Мы оплачиваем некоторые сопутствующие принадлежности при наличии протезов и ортопедических изделий. Мы также оплачиваем ремонт или замену протезов и ортопедических изделий. Мы предлагаем страховое покрытие в определенном объеме после удаления катаракты или операции на катаракте. Более подробную информацию см. в пункте «Офтальмологические услуги» далее в данной таблице.	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Услуги легочной реабилитации Мы оплачиваем программы легочной реабилитации участникам плана, страдающим хронической обструктивной болезнью легких (COPD) от умеренной до тяжелой степени. У вас должно быть направление на легочную реабилитацию от врача или поставщика услуг по лечению COPD.	$0 *Может требоваться направление*.
	Скрининг на вирус гепатита C Мы покрываем однократный скрининг на вирус гепатита C, 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. ● 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 оплатим скрининг однократно. Если вы находитесь в группе высокого риска (например, вы продолжили принимать инъекционные наркотики после предыдущего скрининга на вирус гепатита C с отрицательным результатом), мы будем покрывать скрининги ежегодно.	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Скрининг инфекций, передающихся половым путем (ИППП), и консультирование по этому вопросу Мы оплачиваем скрининги на хламидии, гонорею, сифилис и гепатит B. Эти скрининги покрываются для беременных женщин и для некоторых людей с повышенным риском заражения ИППП. Поставщик первичного медицинского обслуживания должен назначить анализы. Мы покрываем такие анализы однократно каждые 12 месяцев и на определенных сроках беременности. Мы также оплачиваем до двух индивидуальных высокоинтенсивных сеансов консультирования в сфере психического здоровья ежегодно для сексуально активных совершеннолетних, относящихся к группе высокого риска заражения ИППП. Каждая консультация длится от 20 до 30 минут. Мы оплачиваем эти консультации как профилактические услуги только в том случае, если они предоставляются поставщиком первичного медицинского обслуживания. Консультации должны проводиться в учреждении по оказанию первичной медицинской помощи, например, в кабинете врача.	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF) Определение понятия «обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода» см. в **главе 12**. Мы оплачиваем следующие услуги, а также, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь: ● 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 ● лекарства, которые вы получаете как часть плана вашего лечения, включая вещества, которые образуются в организме естественным путем, например факторы свертывания крови **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление*.

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF) (продолжение) ● услуги переливания крови, включая хранение и введение ● медицинские и хирургические принадлежности, используемые в SNF ● лабораторные анализы, которые проводят в SNF ● рентгеновские обследования и другие виды лучевой диагностики, которые проводят в учреждениях сестринского ухода ● оборудование, например, инвалидные коляски, которые обычно предоставляются в учреждениях сестринского ухода ● услуги врача/поставщика услуг Как правило, вы получаете обслуживание SNF в сетевых учреждениях. При определенных условиях у вас может иметься возможность получать обслуживание в учреждении, не представленном в нашей сети. Вы можете обращаться за обслуживанием в следующие учреждения, если они согласны принимать оплату, предусмотренную нашим планом: ● учреждение сестринского ухода или поселение для пенсионеров с постоянным уходом, где вы жили до того, как поступили в больницу (если там предоставляются услуги учреждения сестринского ухода) ● учреждение сестринского ухода, в котором живет ваш супруг/ваша супруга или ваш гражданский партнер в то время, когда вы выписываетесь из больницы	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Отказ от курения и употребления табака Консультирование с целью отказа от курения или употребления табака как в амбулаторных, так и в стационарных условиях покрывается для лиц, соответствующих 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 две попытки бросить курить ежегодно (каждая попытка может подразумевать не более четырех сеансов консультирования средней или высокой интенсивности; до восьми сеансов ежегодно).	$0

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 взаимодействие с сообществом, терапевтические мероприятия 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. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Платформа социальной поддержки (продолжение) ● 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 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 go.wellcare.com/member. Либо позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру, указанному в нижней части страницы. После регистрации вы можете в любое время непосредственно перейти на платформу с компьютера, планшета или смартфона.	

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 C главы 4**. Соответствие критериям для получения описанных ниже покрываемых услуг определяется после вступления в наш план страхования. **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®.** **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Особые дополнительные услуги для хронически больных (продолжение) **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 ○ Источники белка, такие как мясо, птица, морепродукты, яйца, бобы, бобовые, орехи и семена ○ Питательные коктейли и батончики **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Особые дополнительные услуги для хронически больных (продолжение) ● **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. 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. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Особые дополнительные услуги для хронически больных (продолжение) ● **Помощь с оплатой аренды (продолжение)** 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. ● **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.	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Лечебная физкультура под надзором специалиста (SET) Мы оплачиваем услуги SET для участников плана с симптоматическим заболеванием периферических артерий (PAD), у которых есть направление в связи с PAD от врача, занимающегося лечением PAD. Наш план страхования оплачивает: ● до 36 **занятий** в течение 12 недель, если соблюдены все требования для получения услуг SET ● дополнительные 36 занятий впоследствии, если поставщик услуг сочтет это необходимым по медицинским показаниям Программа SET должна соответствовать следующим критериям: ● 30–60-минутные занятия лечебной физкультурой по программе при PAD для участников со спастическими болями в ногах из-за плохого кровообращения (перемежающаяся хромота) ● занятия проводятся в амбулаторном отделении больницы или в кабинете врача ● занятия проводятся квалифицированным персоналом, следящим за тем, чтобы польза превышала возможный вред, и обученным проведению лечебной физкультуры при PAD ● занятия проводятся под непосредственным надзором врача, помощника врача (PA) или квалифицированной медсестры (NP) / клинической медсестры-специалиста (CNS), обученным базовым и специальным приемам реанимации	$0 *Может требоваться направление*.

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Транспортировка: неэкстренная медицинская транспортировка Эта услуга предусматривает медицинскую транспортировку для получения услуг, покрываемых нашим планом страхования и программой Medicare. Включены услуги медицинской транспортировки на машине скорой помощи, автомобиле для перевозки лежачих больных, автомобиле, оборудованном для перевозки инвалидных колясок, а также координация услуг перевозок людей с ограниченными возможностями. Тот или иной способ транспортировки утверждается, если: ● Ваш поставщик медицинских услуг определяет наличие у вас заболевания и/или состояния физического здоровья, которые не позволяют вам перемещаться на автобусе, легковом автомобиле, такси либо другими видами общественного или частного транспорта, **при этом** требуется предварительное разрешение, а вам потребуется позвонить в план страхования для организации поездки. Чтобы запланировать поездку, позвоните по номеру телефона, указанному на задней стороне вашей ID-карты участника.	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление.*
	Транспортировка: немедицинская транспортировка Эта покрываемая услуга обеспечивает транспортировку к месту оказания медицинских услуг на легковом автомобиле, такси или других видах общественного/частного транспорта. Транспортировка осуществляется с целью получения необходимой медицинской помощи, покрываемой программой Medi-Cal, включая поездки к стоматологу и поездки в аптеку за лекарствами. Покрытие распространяется на транспортировку для получения услуг, покрываемых одновременно программами Medi-Cal и Medicare. Чтобы запланировать поездку, позвоните по номеру телефона, указанному на задней стороне вашей ID-карты участника.	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.* *Может требоваться направление.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Неотложная медицинская помощь Неотложная медицинская помощь представляет собой медицинское обслуживание в следующих ситуациях: ● неэкстренная ситуация, требующая незамедлительной медицинской помощи, **или** ● непредвиденная болезнь, **или** ● травма, **или** ● состояние, требующее безотлагательного лечения. Если вам требуется неотложная медицинская помощь, сначала попытайтесь получить ее у сетевого поставщика услуг. Однако вы можете обращаться к внесетевым поставщикам услуг, если вы не можете попасть на прием к сетевому поставщику услуг, поскольку это невозможно или нецелесообразно с учетом временных затрат, вашего местонахождения или текущих обстоятельств (например, если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана и нуждаетесь в незамедлительной помощи по медицинским показаниям в связи с непредвиденным состоянием, которое тем не менее не является неотложным). Страховое покрытие экстренной/неотложной помощи по всему миру: Определяется как неотложная и экстренная медицинская помощь, а также помощь после стабилизации состояния, предоставляемая за пределами США. ● Страховое покрытие ограничено только услугами, которые в случае предоставления в пределах США классифицировались бы как неотложная и экстренная медицинская помощь, а также помощь после стабилизации состояния. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	$0 Доплата $115 В случае госпитализации в стационар вы не освобождаетесь от участия в расходах на услуги неотложной медицинской помощи/приема в отделении неотложной помощи по всему миру. Страховое покрытие экстренной/ неотложной помощи по всему миру ограничено суммой $50,000 в год.

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Неотложная медицинская помощь (продолжение) (продолжение) ● Услуги скорой помощи покрываются в тех случаях, когда все прочие способы добраться до отделения неотложной помощи представляют угрозу для вашего здоровья. ● Иностранные налоги и сборы (включая, помимо прочего, комиссию за конвертацию валют или операционные сборы) не покрываются. «США» означает 50 штатов, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands и American Samoa.	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Офтальмологические услуги Мы покрываем следующие услуги: ● одна плановая проверка зрения ежегодно, **а также** ● до $100 на очки (оправы и линзы) либо до $100 на контактные линзы каждые два года Мы оплачиваем амбулаторные услуги врача, направленные на диагностику и лечение заболеваний и травм глаза. Например, лечение возрастной дегенерации желтого пятна. Для лиц с высоким риском развития глаукомы мы оплачиваем один скрининг глаукомы ежегодно. В группу высокого риска развития глаукомы входят: ● лица с глаукомой в семейном анамнезе ● лица с сахарным диабетом ● афроамериканцы в возрасте 50 лет и старше ● латиноамериканцы в возрасте 65 лет и старше Для лиц с сахарным диабетом мы оплачиваем один скрининг диабетической ретинопатии ежегодно. Мы оплачиваем одну пару очков или контактных линз после каждой операции по поводу катаракты, которая включает введение интраокулярных линз. Если у вас было две отдельные операции по удалению катаракты, вы должны получить по одной паре очков после каждой операции. Вы не можете получить две пары очков после второй операции, даже если не получали пару очков после первой операции. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	$0 *Может требоваться предварительное разрешение.*

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Офтальмологические услуги (продолжение) **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. ● Подбор очков Не более 1 посещения в год. Посещение с целью подбора очков не является плановой проверкой зрения. Услуги включают подбор очков (контактных линз, оправ / линз для очков). ● 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 **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Офтальмологические услуги (продолжение) **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. Покрытие плановых офтальмологических услуг является дополнительной услугой, предлагаемой планом.	
	Профилактический прием «Добро пожаловать в Medicare» Мы покрываем однократный профилактический прием «Добро пожаловать в Medicare». Этот прием предполагает следующие мероприятия: ● проверка состояния вашего здоровья, ● обучение и консультирование по поводу необходимых вам профилактических услуг (включая скрининги и прививки), **и** ● выдача направлений на прочее медицинское обслуживание по мере необходимости. **Примечание.** Мы покрываем профилактический прием «Добро пожаловать в Medicare» только в течение первых 12 месяцев после вашей регистрации в программе Medicare Part B. При записи на прием сообщите своему врачу, что хотите назначить профилактический прием «Добро пожаловать в Medicare».	$0

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
Wellcare Spendables® Вы будете получать совокупную денежную компенсацию в размере **$113 ежемесячно** в виде предварительных поступлений на вашу карту Wellcare Spendables®; эти средства можно тратить на товары OTC, стоматологические, офтальмологические и сурдологические услуги, а также, в случае соответствия критериям, на услуги SSBCI. ● Неиспользованная сумма ежемесячной денежной компенсации **переносится на следующий месяц и сгорает в конце страхового года.** **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. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	$0

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Wellcare Spendables® (продолжение) **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.** **Если вы соответствуете критериям, ежемесячную денежную компенсацию на карте можно также использовать для получения следующих льгот:** ● 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 льготах см. в разделе данной таблицы, посвященном особым дополнительным услугам для хронических больных (SSBCI). **Правила пользования картой:** 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®. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Wellcare Spendables® (продолжение) 3. Выберите одобренные для вас товары/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. ● 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. **Описание этой покрываемой услуги продолжается на следующей странице.**	

Покрываемая услуга		Ваши расходы
	Wellcare Spendables® (продолжение) ● 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 исключения; покрываются только одобренные товары. ● Эта льгота не относится к страховому покрытию в рамках Medicaid. **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** go.wellcare.com/member	

E. Услуги поддержки по месту жительства

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

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

Примерами предоставляемых нами услуг поддержки по месту жительства служат лечебное питание или медицинское диетическое питание, помощь вам или ухаживающему за вами лицу, поручни для душа и пандусы.

Если вам нужна помощь или вы хотите узнать, какие услуги поддержки по месту жительства могут быть доступны для вас, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711) или своему поставщику медицинских услуг.

Услуги, связанные с отсутствием постоянного места жительства и получением жилья:

Услуги поддержки по месту жительства	**Доступная вам помощь**
Навигационные услуги при смене жилья	**Помощь с получением жилья**. Может предоставляться помощь в следующих аспектах: ● Поиск места жительства. ● Подача заявки на получение жилья. ● Составление плана поддержки по вопросам жилья. Услуги доступны во всех округах. **У вас может иметься возможность получить услуги, если вы:** ● Находитесь в списке нуждающихся в жилье, составленном местной системой скоординированного учета лиц без постоянного места жительства или аналогичной системой. ● Не имеете постоянного места жительства. ● Столкнулись с риском оказаться без постоянного места жительства.

Услуги поддержки по месту жительства	**Доступная вам помощь**
Услуги по аренде и сохранению жилья	Помощь с **сохранением жилья после заселения**. Может предоставляться поддержка в вопросах составления бюджета, своевременной оплаты аренды и понимания прав и обязанностей жильца согласно договору аренды. Услуги доступны во всех округах. **У вас может иметься возможность получить услуги, если вы:** ● Получаете навигационные услуги при смене жилья. ● Находитесь в списке нуждающихся в жилье, составленном местной системой скоординированного учета лиц без постоянного места жительства или аналогичной системой. ● В настоящий момент не имеете постоянного места жительства. ● Столкнулись с риском оказаться без постоянного места жительства.

Услуги поддержки по месту жительства	**Доступная вам помощь**
Предоставление депозитов на жилье	**Помощь с получением жилья**. Сюда относятся: ● Залоговые депозиты для заключения договора аренды. ● Покрытие коммунальных услуг за первый месяц. ● Аренда за первый и последний месяц, если ее требуют перед заселением. Услуги доступны во всех округах. **У вас может иметься возможность получить услуги, если вы:** ● Получаете навигационные услуги при смене жилья. ● Находитесь в списке нуждающихся в жилье, составленном местной системой скоординированного учета лиц без постоянного места жительства или аналогичной системой. ● Не имеете постоянного места жительства.

Услуги реабилитации:

Услуги поддержки по месту жительства	**Доступная вам помощь**
Реабилитация (медицинская передышка для бездомных)	**Краткосрочное предоставление жилья тем, кто больше не нуждается в пребывании в больнице, но все еще нуждается в восстановлении после помощи или болезни.** Услуги доступны в некоторых округах. **У вас может иметься возможность получить услуги, если вы:** ● Столкнулись с риском госпитализации или покинули больницу после госпитализации. ● Живете одни и не получаете официальную поддержку. ● Столкнулись с неопределенностью в вопросах жилья, либо условия вашего жилья будут угрожать вашему здоровью и безопасности при отсутствии модификаций.
Кратковременное замещение лица, осуществляющего уход	**Краткосрочное замещение лица, осуществляющего уход за тем, кому требуется такой уход, либо краткосрочная поддержка.** Услуги доступны во всех округах. **У вас может иметься возможность получить услуги, если вы:** ● Живете в таком месте, где ваша повседневная деятельность ограничена. ● Нуждаетесь в лице, осуществляющем уход, для получения поддержки по большинству аспектов. ● Нуждаетесь в замещении лица, осуществляющего уход, во избежание помещения в центр сестринского ухода или аналогичное место.

Услуги поддержки по месту жительства	**Доступная вам помощь**
Вытрезвители	**Место, где вы можете получить помощь в связи с алкогольной зависимостью или опьянением вместо помещения в отделение неотложной помощи или следственный изолятор.** Услуги доступны в некоторых округах. **У вас может иметься возможность получить услуги, если вы:** ● Достигли возраста 18 лет и находитесь в состоянии алкогольного опьянения. ● Помещены в отделение неотложной помощи или следственный изолятор. ● Направлены в отделение неотложной помощи и при этом соответствуете критериям для помещения в вытрезвитель.

Услуги долгосрочного поддержания здоровья в месте проживания домашнего типа:

Услуги поддержки по месту жительства	**Доступная вам помощь**
Облегчение астмы	**Модификации дома для устранения вредных триггеров бронхиальной астмы.** Услуги доступны во всех округах. **У вас может иметься возможность получить услуги, если вы:** ● Страдали от плохо контролируемых приступов бронхиальной астмы за последние 12 месяцев в соответствии со следующим определением: ○ Посещение отделения неотложной помощи. ○ Госпитализация в больницу. ○ Два приема в связи с ухудшением состояния или необходимостью в неотложной медицинской помощи. ● Получили 19 баллов или менее в рамках теста по контролю над бронхиальной астмой.
Услуги адаптации в дневное время	**Программы, направленные на помощь в обучении навыкам, требуемым для нахождения в месте проживания домашнего типа.** Сюда может относиться обучение пользованию общественным транспортом и готовке. Услуги доступны во всех округах. **У вас может иметься возможность получить услуги, если вы:** ● Не имеете постоянного места жительства. ● Утратили статус лица без постоянного места жительства, получив жилье за последние 24 месяца. ● Столкнулись с риском оказаться без постоянного места жительства. Либо ваше место проживания домашнего типа может быть улучшено.

Услуги поддержки по месту жительства	**Доступная вам помощь**
Адаптация к жизни в обществе	**Модификации вашего дома для поддержания вашего здоровья и безопасности**. А также модификации, которые позволят вам находиться дома без ограничений. Сюда могут относиться пандусы и поручни. Услуги доступны во всех округах. **У вас может иметься возможность получить услуги, если вы:** ● Столкнулись с риском помещения в центр сестринского ухода.
Питание/медицинское диетическое питание	**Блюда с доставкой на дом, которые готовятся с учетом ваших медицинских и диетических потребностей**. Сюда относится питание, необходимое после выписки из больницы. Услуги доступны во всех округах. **У вас может иметься возможность получить услуги, если вы:** ● Имеете хронические заболевания. ● Были выписаны из больницы или центра квалифицированного сестринского ухода. ● Столкнулись с высоким риском госпитализации в больницу или помещения в центр сестринского ухода. ● Имеете существенные потребности в координации медицинского обслуживания. ● Прошли оценку дипломированного диетолога или лицензированного нутрициолога.

Если вам нужна помощь или вы хотите узнать, какие услуги поддержки по месту жительства могут быть доступны для вас, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711) или своему поставщику медицинских услуг.

F. Услуги, покрываемые вне нашего плана страхования

Мы не покрываем следующие услуги, однако они доступны в рамках Medi-Cal со сдельной оплатой услуг.

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

В рамках Программы штата California по переходу на обслуживание по месту жительства (CCT) местные координирующие организации помогают участникам программы Medi-Cal, которые соответствуют критериям и при этом провели в стационарном учреждении не менее 60 дней подряд, адаптироваться к жизни в сообществе по возвращении домой и безопасно проживать и получать необходимые услуги по месту жительства. Программа CCT финансирует услуги по координации смены обслуживания до самого перехода и в течение 365 дней после него с целью помочь участникам программы адаптироваться к жизни в сообществе.

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

Услуги по координации смены обслуживания в рамках программы CCT

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

Услуги, не связанные со сменой обслуживания в рамках программы CCT

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

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

Страховое покрытие лекарственных препаратов остается без изменений

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

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

F2. Стоматологическое обслуживание Medi-Cal

Определенные стоматологические услуги предоставляются в рамках программы стоматологического обслуживания Medi-Cal.

Подробнее см. на веб-сайте SmileCalifornia.org. В рамках стоматологического обслуживания Medi-Cal доступны, помимо прочего, следующие услуги:

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

Для получения дополнительной информации о стоматологических услугах в рамках стоматологического обслуживания Medi-Cal или помощи в поиске стоматолога, который работает по программе Medi-Cal, обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру 1-800-322-6384 (при использовании TTY набирайте 1-800-735-2922). Звонок бесплатный. Представители программы стоматологического обслуживания Medi-Cal могут помочь вам с 8 a.m. до 5 p.m. с понедельника по пятницу. Более подробную информацию также можно получить на веб-сайте smilecalifornia.org/.

В округах Sacramento и Los Angeles вы можете получать стоматологические услуги в рамках Medi-Cal посредством плана управляемого стоматологического обслуживания (MCP). Если вам нужна дополнительная информация о планах Medi-Cal со стоматологическим покрытием или вы хотите внести изменения в страховое покрытие, обращайтесь в организацию «Варианты медицинского обслуживания» по номеру 1-800-430-4263 (при использовании TTY набирайте 1-800-430-7077) с понедельника

по пятницу с 8 a.m. до 6 p.m. Звонок бесплатный. Контактные данные DMC также представлены по ссылке: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

www.hpsm.org/dental

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

F3. Услуги поддержки на дому (IHSS)

- Программа IHSS помогает с оплатой услуг, предоставляемых участвующими в программе поставщиками услуг и необходимых для того, чтобы вы продолжали безопасно жить дома. Программа IHSS считается альтернативой обслуживанию вне дома, например, в центре сестринского ухода или учреждении с уходом и проживанием.
- Для получения услуг необходимо пройти оценку, по результатам которой определяются типы услуг, одобренные для каждого участника с учетом его или ее потребностей. Через программу IHSS могут быть одобрены такие типы услуг, как уборка дома, помощь с готовкой, стирка, покупка продуктов, помощь с личной гигиеной (например, помощь с опорожнением кишечника и мочевого пузыря, принятие ванны, уход за внешним видом и доврачебная медицинская помощь), сопровождение на приемы к врачу и надзор за пациентами с психическими нарушениями.
- Ваш координатор медицинского обслуживания поможет вам подать заявку на вступление в программу IHSS через отделение социальных служб вашего округа. Контактные данные отделения социальных служб округа см. в **главе 2**.

F4. Альтернативные программы обслуживания на дому и по месту жительства (HCBS) в соответствии с Разделом 1915(c)

Альтернативная программа проживания с уходом (ALW)

- Альтернативная программа проживания с уходом (ALW) предоставляет соответствующим критериям участникам программы Medi-Cal возможность выбрать учреждение для проживания с уходом в качестве альтернативы долгосрочному пребыванию в учреждении сестринского ухода. Цель программы ALW — упростить адаптацию к жизни в сообществе при выписке из учреждения сестринского ухода домой или не допустить поступления в учреждение квалифицированного сестринского ухода для участников

программы, которым неизбежно требуется пребывание в учреждении сестринского ухода.

- Участники плана, вступившие в программу ALW, могут продолжать пользоваться услугами программы ALW, одновременно получая страховое покрытие в рамках нашего плана. Наш план страхования будет координировать получение вами необходимых услуг совместно с вашей организацией по координации ухода в рамках программы ALW.
- В настоящий момент программа ALW доступна только в следующем округе: Los Angeles.
- Ваш координатор медицинского обслуживания поможет вам подать заявку на вступление в программу ALW. Актуальный список организаций по координации ухода в рамках программы ALW см. на веб-сайте https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx.

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

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

- Две альтернативные программы, действующие в соответствии с Разделом 1915(c), — альтернативная программа HCBS-DD и альтернативная программа SDP — предоставляют услуги лицам с диагностированным нарушением развития, которое наблюдалось еще до наступления 18-летнего возраста и считается неизлечимым. Обе альтернативные программы представляют собой способ финансирования определенных услуг, которые позволяют лицам с нарушениями развития жить дома или в сообществе вместо проживания в лицензированном медицинском учреждении. Расходы на такие услуги оплачиваются совместно программой Medicaid от федерального правительства и штатом California. Ваш координатор медицинского обслуживания поможет вам обратиться за услугами в рамках альтернативной программы DD.

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

- Альтернативная программа HCBA предоставляет услуги по координации медицинского обслуживания лицам, рискующим оказаться в центре сестринского ухода или медицинском учреждении. Услуги по координации медицинского обслуживания предоставляются многопрофильной группой

координации медицинского обслуживания, в состав которой входят медсестра и социальный работник. Эта группа координирует получение услуг в рамках альтернативной программы и предоставляемого штатом плана страхования (например, медицинское обслуживание, психиатрическая, психологическая и наркологическая помощь, услуги поддержки на дому и т. д.), а также организует прочее длительное обслуживание и поддержку по месту жительства. Координация медицинского обслуживания и услуги в рамках альтернативной программы предоставляются по месту постоянного жительства участника программы. Это место жительства может представлять собой частную собственность участника, предоставляться по договору аренды или быть постоянным местом жительства члена семьи участника.

- Участники плана, вступившие в альтернативную программу HCBA, могут продолжать пользоваться услугами альтернативной программы HCBA, одновременно получая страховое покрытие в рамках нашего плана. Наш план страхования будет координировать получение вами необходимых услуг совместно с вашей организацией, реализующей альтернативную программу HCBA.

- Ваш координатор медицинского обслуживания поможет вам подать заявку на вступление в программу HCBA. Дополнительную информацию см. на веб-сайте https://libertana.com/services/hcba-waiver/.

Альтернативная программа Medi-Cal (MCWP)

- Альтернативная программа Medi-Cal (MCWP) обеспечивает комплексную координацию медицинского обслуживания и непосредственные медицинские услуги лицам с ВИЧ в качестве альтернативы уходу в учреждении сестринского ухода или госпитализации. Координация медицинского обслуживания осуществляется с учетом интересов участника программы группой, в состав которой входят дипломированная медсестра и социальный работник, выступающий координатором медицинского обслуживания. Координаторы медицинского обслуживания совместно с участником программы и поставщиком (поставщиками) первичного медицинского обслуживания, членами семьи, ухаживающим лицом (лицами) и прочими поставщиками услуг проводят оценку потребностей в медицинском обслуживании с тем, чтобы участник программы продолжал жить дома и участвовать в жизни сообщества.

- Цели программы MCWP: (1) предоставить услуги по уходу на дому и по месту жительства лицам с ВИЧ, которым в ином случае может требоваться пребывание в медицинском учреждении; (2) помочь участникам

программы организовать медицинское обслуживание с учетом ВИЧ;
(3) повысить доступность услуг социальной и психологической поддержки;
(4) координировать работу поставщиков услуг и исключить дублирование услуг.

- Участники плана, вступившие в альтернативную программу MCWP, могут продолжать пользоваться услугами альтернативной программы MCWP, одновременно получая страховое покрытие в рамках нашего плана. Наш план страхования будет координировать получение вами необходимых услуг совместно с вашей организацией, реализующей альтернативную программу MCWP.

- Ваш координатор медицинского обслуживания поможет вам подать заявку на вступление в программу MCWP. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx.

Многоцелевая программа обслуживания пожилых (MSSP)

- Многоцелевая программа обслуживания пожилых (MSSP) предоставляет как социальные услуги, так и услуги по координации медицинского обслуживания с целью помочь лицу продолжать жить дома и участвовать в жизни сообщества.

- Большинство участников программы также получают услуги поддержки на дому, при этом программа MSSP обеспечивает координацию медицинского обслуживания на постоянной основе, помогает участникам найти другие необходимые услуги и ресурсы по месту жительства, координирует работу поставщиков медицинских услуг, а также приобретает некоторые иначе недоступные требуемые услуги. Вся эта деятельность направлена на недопущение или отсрочку поступления участника программы в медицинское учреждение. Общая итоговая ежегодная сумма расходов на координацию медицинского обслуживания и прочие услуги не должна превышать стоимость получения ухода в учреждении квалифицированного сестринского ухода.

- Группа специалистов в сфере медико-социальных услуг проводит для каждого участника программы MSSP полную оценку состояния здоровья и психосоциального профиля с целью определить необходимые услуги. Затем эта группа совместно с участником программы MSSP, лечащим врачом, членами семьи и прочими заинтересованными лицами составляет индивидуальный план медицинского обслуживания. Доступны следующие услуги:

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

- Участники плана, вступившие в альтернативную программу MSSP, могут продолжать пользоваться услугами альтернативной программы MSSP, одновременно получая страховое покрытие в рамках нашего плана. Наш план страхования будет координировать получение вами необходимых услуг совместно с вашим поставщиком услуг в рамках программы MSSP.
- Ваш координатор медицинского обслуживания поможет вам подать заявку на вступление в программу MSSP.

  Контактные данные организации

  - Округ Los Angeles:
    - Ассоциация социального обеспечения; телефон: 1-626-358-1185 (TTY-711)
    - Больница Huntington; телефон: 1-626-397-3110 (TTY-711)
    - Услуги для еврейских семей в штате LA; телефон: 1-310-247-0864 (TTY-711)
    - Partners in Care; телефон: 1-818-837-3775 (TTY-711)
    - Scan Independence at Home; телефон: 1-866-421-1964 (TTY-711)

F5. Услуги в сфере психического здоровья на уровне округа, предоставляемые вне нашего плана страхования (услуги в сфере психического здоровья и при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ)

У вас есть доступ к необходимым по медицинским показаниям услугам в сфере психического здоровья, покрываемым программами Medicare и Medi-Cal. Мы предоставляем доступ к услугам в сфере психического здоровья, покрываемым программой Medicare и программой Medi-Cal Managed Care. Наш план страхования не предоставляет специализированные услуги в сфере психического здоровья по программе Medi-Cal или услуги на уровне округа при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ; однако такие услуги доступны вам через управление на уровне округа по вопросам психического здоровья.

При соответствии определенным критериям вам могут быть доступны специализированные услуги в сфере психического здоровья по программе Medi-Cal через план психологической и психиатрической помощи (MHP) вашего округа. Специализированные услуги в сфере психического здоровья по программе Medi-Cal, предоставляемые планом MHP вашего округа:

- услуги в сфере психического здоровья
- услуги поддержки при приеме лекарств
- услуги интенсивного лечения в дневное время
- реабилитация в центре дневного пребывания
- услуги вмешательства при кризисной ситуации
- услуги стабилизации состояния при кризисной ситуации
- услуги центров лечения взрослых с проживанием
- услуги кризисных центров с проживанием
- услуги психиатрического учреждения
- стационарные услуги психиатрической больницы
- целевая координация медицинского обслуживания
- услуги взаимопомощи
- мобильные услуги вмешательства при кризисной ситуации по месту жительства

- терапевтические услуги в сфере психического здоровья
- терапевтический патронаж
- координация интенсивного медицинского обслуживания
- интенсивные услуги на дому
- реинтеграция в сообщество после отбывания наказания
- интенсивное лечение по месту жительства (ACT)
- интенсивное лечение по месту жительства с учетом судебной экспертизы (FACT)
- координированное специализированное медицинское обслуживание (CSC) при первом психотическом эпизоде (FEP)
- услуги клубных домов
- расширенные услуги общественных медицинских работников (CHW)

Услуги в рамках системы организованного предоставления покрытия лекарств по программе Medi-Cal (DMC) предоставляются через управление вашего округа по вопросам психического здоровья при условии соответствия критериям для получения этих услуг.

- услуги интенсивного амбулаторного лечения
- перинатальное лечение с проживанием при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ
- услуги амбулаторного лечения
- программа лечения от наркотической зависимости
- препараты для лечения зависимости (другое название — заместительная терапия)
- услуги взаимопомощи
- мобильные услуги вмешательства при кризисной ситуации по месту жительства
- услуги раннего вмешательства (для участников до 21 года)
- ранний периодический скрининг, диагностика и лечение (для участников до 21 года)

Услуги в рамках системы организованного предоставления покрытия лекарств по программе Medi-Cal (DMC-ODS):

- услуги амбулаторного лечения
- услуги интенсивного амбулаторного лечения
- услуги частичной госпитализации
- препараты для лечения зависимости (другое название — заместительная терапия)
- услуги центров лечения с проживанием
- услуги выведения из абстинентных состояний
- программа лечения от наркотической зависимости
- услуги реабилитации
- координация медицинского обслуживания
- услуги взаимопомощи
- мобильные услуги вмешательства при кризисной ситуации по месту жительства
- услуги обеспечения непрерывного медицинского обслуживания
- услуги раннего вмешательства (для участников до 21 года)
- ранний периодический скрининг, диагностика и лечение (для участников до 21 года)
- стационарные услуги лечения

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

Вы имеете доступ к необходимым по медицинским показаниям услугам в сфере психического здоровья, которые покрываются программой Medicare и предоставляются планом Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) в рамках покрытия услуг в сфере психического здоровья. В **главе 3** представлены сведения об услугах в сфере психического здоровья, доступных через наш план страхования, в том числе описана процедура определения необходимости по медицинским показаниям и получения направления для взаимодействия между нашим планом и планом MHP вашего округа. Если у вас возникла проблема или жалоба в отношении услуги в сфере психического здоровья, информацию о порядке подачи жалоб см. в **главе 9**.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

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

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

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

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

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

- услуги, не относящиеся к «целесообразным или необходимым по медицинским показаниям» в соответствии с правилами Medicare и Medi-Cal, если только эти услуги не указаны как покрываемые
- медицинские и хирургические виды лечения, товары и лекарства экспериментального характера, если только они не покрываются в рамках Medicare, одобренного Medicare клинического исследования или нашего плана страхования. Дополнительную информацию о клинических исследованиях см. в **главе 3** настоящего *Справочника участника плана*. Виды лечения и товары считаются имеющими экспериментальный характер, если они не являются общепризнанными в медицинском сообществе
- хирургическое лечение патологического ожирения за исключением случаев, когда оно необходимо по медицинским показаниям и оплачивается программой Medicare
- пребывание в одноместной палате за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям
- услуги частной медсестры-сиделки

- личные вещи в вашей палате в больнице или учреждении сестринского ухода, например телефон или телевизор
- сестринский уход в течение полного рабочего дня у вас на дому
- суммы, взимаемые вашими ближайшими родственниками или членами вашего домашнего хозяйства
- блюда с доставкой вам на дом
- необязательные или добровольные услуги и процедуры улучшения внешнего вида (включая похудение, борьбу с облысением, улучшение сексуальных или физических возможностей, косметические процедуры, омоложение и улучшение умственных способностей) за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям
- косметические операции и прочие косметические процедуры, если только они не требуются после травмы или для улучшения вида деформированной части тела. Однако мы оплачиваем реконструкцию молочной железы после мастэктомии, а также другой молочной железы для придания им симметричности
- мануальная терапия помимо манипуляций с позвоночником в соответствии с объемом страхового покрытия
- плановый уход за стопами за исключением услуг, описанных в разделе «Услуги подиатра» в таблице страхового покрытия, представленной в **разделе D**
- ортопедическая обувь, если только обувь не является частью ортопедического аппарата и входит в его стоимость либо обувь предназначена для лица с синдромом диабетической стопы
- поддерживающие устройства для стопы за исключением ортопедической или лечебной обуви для лиц с синдромом диабетической стопы
- радиальная кератотомия, лазерная коррекция зрения методом LASIK и другие средства помощи слабовидящим
- восстановление детородной функции после стерилизации
- услуги натуропата (с использованием природных или альтернативных методов лечения)

- услуги, предоставляемые ветеранам в медицинских учреждениях Департамента по делам ветеранов (VA). Однако, если ветеран получает экстренную медицинскую помощь в больнице под управлением департамента VA, при этом участие в расходах в рамках программы департамента VA превышает участие в расходах по нашему плану, мы возместим ветерану разницу. Вы все еще будете нести ответственность за оплату вашей доли участия в расходах

Глава 5. Получение лекарств для амбулаторного лечения

Введение

В этой главе объясняются правила получения лекарств для амбулаторного лечения. Это те лекарственные препараты, которые вам выписал ваш поставщик услуг и которые вы можете получить в аптеке или заказать с доставкой по почте. Сюда относятся лекарства, покрываемые в рамках программ Medicare Part D и Medi-Cal. В **главе 6** настоящего *Справочника участника плана* содержится информация о стоимости этих лекарств для вас. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе настоящего *Справочника участника плана*.

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

- **Лекарства, покрываемые программой Medicare Part A.** Как правило, это лекарства, которые вы получаете во время пребывания в больнице или учреждении сестринского ухода.
- **Лекарства, покрываемые программой Medicare Part B.** Это некоторые препараты для химиотерапии, некоторые препараты в виде инъекций, которые вводятся на приеме у врача или другого поставщика услуг, а также препараты, которые применяются в диализном центре. Подробнее о лекарствах, покрываемых программой Medicare Part B, см. в таблице страхового покрытия, представленной в **главе 4** настоящего *Справочника участника плана*.
- Помимо предоставляемого планом страхового покрытия Medicare Part D и медицинских услуг, ваши лекарства могут покрываться программой Original Medicare, если вы находитесь в сертифицированном Medicare хосписе. Дополнительную информацию см. **в главе 5**, **разделе F3** под заголовком «При участии в сертифицированной Medicare программе хосписного ухода».

Правила покрытия лекарственных препаратов для амбулаторного лечения нашим планом

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

Вы должны попросить поставщика услуг (врача, стоматолога или другое лицо, выписывающее лекарство) выписать вам рецепт, который должен быть действительным в соответствии с действующим законодательством штата. Зачастую речь идет о вашем поставщике первичного медицинского обслуживания (PCP). Это также может быть другой поставщик услуг, если вас к нему направил ваш PCP.

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

Как правило, вы должны приобретать рецептурные препараты в сетевой аптеке (дополнительную информацию см. в **разделе A1**). Либо вы можете получить лекарство по рецепту в рамках предоставляемой планом услуги заказа с доставкой по почте.

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

- Если лекарства нет в *Перечне лекарств*, мы можем покрыть его стоимость, сделав для вас исключение.
- Подробнее о запросе исключения из правил покрытия см. в **главе 9**.
- Кроме того, обратите внимание, что запрос на покрытие назначенного вам лекарственного препарата будет оцениваться на соответствие стандартам как Medicare, так и Medi-Cal.

Ваш лекарственный препарат должен применяться в соответствии с установленными медицинскими показаниями. Это означает, что применение лекарственного препарата должно быть утверждено Food and Drug Administration (FDA) или рекомендовано в определенных медицинских справочниках. Лицо, выписывающее вам лекарство, может помочь найти медицинские справочники, подтверждающие возможность применения назначенного лекарственного препарата по таким показаниям. Для покрываемых по программе Medi-Cal лекарств это означает, что применение данного лекарственного препарата целесообразно и необходимо для спасения жизни, предупреждения серьезной болезни или инвалидности либо для облегчения сильной боли посредством диагностики или лечения болезни, патологии или травмы.

В зависимости от определенных критериев от вас может потребоваться получить одобрение нашего плана страхования, прежде чем мы покроем необходимое вам лекарство. (См. **раздел C** данной главы.)

Содержание

A. Получение лекарств по рецепту 197

A1. Получение лекарств по рецепту в сетевой аптеке 197

A2. Использование ID-карты участника при получении лекарств по рецепту 197

A3. Что делать в случае смены сетевой аптеки 198

A4. Что делать, если ваша аптека прекращает сотрудничество с нами 198
A5. Обращение в специализированную аптеку 198
A6. Использование услуг заказа лекарственных препаратов с доставкой по почте 199
A7. Получение долгосрочного запаса лекарственных препаратов 202
A8. Обращение в аптеку, не представленную в сети нашего плана 202
A9. Возмещение расходов на рецептурные препараты 204
B. Перечень лекарств нашего плана страхования 205
B1. Лекарства из нашего Перечня лекарств 205
B2. Как найти лекарство в нашем Перечне лекарств 206
B3. Лекарства, не представленные в нашем Перечне лекарств 206
B4. Уровни участия в расходах на лекарства из Перечня лекарств 208
C. Ограничения в отношении некоторых лекарств 209
D. Причины, по которым ваше лекарство может не покрываться 211
D1. Получение временного запаса 211
D2. Запрос временного запаса 213
E. Изменения в страховом покрытии ваших лекарств 214
F. Страховое покрытие лекарств в особых случаях 217
F1. Во время покрываемого нашим планом пребывания в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода 217
F2. Во время пребывания в учреждении долгосрочного ухода 217
F3. При участии в сертифицированной Medicare программе хосписного ухода 218
G. Программы безопасного приема лекарств и управления лекарственным обеспечением 218
G1. Программы, обеспечивающие безопасный прием лекарственных препаратов 218
G2. Программы, обеспечивающие управление лекарственным обеспечением 219
G3. Программа контроля приема лекарств (DMP), помогающая участникам безопасно применять опиоидные препараты 220

A. Получение лекарств по рецепту

A1. Получение лекарств по рецепту в сетевой аптеке

В большинстве случаев мы оплачиваем рецептурные лекарственные препараты, только если они получены в какой-либо из наших сетевых аптек. Сетевой называется аптека, которая дала согласие на выдачу лекарств по рецепту участникам нашего плана страхования. Вы можете обращаться в любую из наших сетевых аптек. (Информацию о ситуациях, в которых мы покрываем лекарства, полученные по рецепту во внесетевых аптеках, см. в **разделе A8**.)

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

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

При получении лекарства по рецепту в сетевой аптеке **предъявляйте свою ID-карту участника**. Сетевая аптека выставит нам счет на сумму нашей доли стоимости необходимого вам покрываемого лекарства. Вам, возможно, потребуется внести аптеке доплату при получении лекарства по рецепту.

Помните, что для получения лекарств, покрываемых программой Medi-Cal Rx, вам потребуется ваша карта Medi-Cal или карта получателя льгот (BIC).

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

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

- Порядок подачи запроса на возмещение расходов см. в **главе 7** настоящего *Справочника участника плана*.
- Если вам нужна помощь с получением лекарства по рецепту, обратитесь в отдел обслуживания участников плана или к вашему координатору медицинского обслуживания.

A3. Что делать в случае смены сетевой аптеки

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

Если вам нужна помощь со сменой сетевой аптеки, обратитесь в отдел обслуживания участников плана или к вашему координатору медицинского обслуживания.

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

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

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

A5. Обращение в специализированную аптеку

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

- Аптеки, которые поставляют лекарственные препараты для инфузионной терапии на дому.
- Аптеки, которые поставляют лекарственные препараты для пациентов учреждений долгосрочного ухода, таких как учреждения сестринского ухода.
    - Как правило, в учреждениях долгосрочного ухода есть свои собственные аптеки. Если вы являетесь пациентом учреждения долгосрочного ухода, мы должны убедиться в том, что вы можете получать необходимые лекарственные препараты в аптеке данного учреждения.
    - Если аптека вашего учреждения долгосрочного ухода не входит в нашу сеть либо у вас возникли трудности с получением лекарств в учреждении долгосрочного ухода, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.
- Аптеки из сети поставщиков услуг для представителей коренных народов Америки (IHCP). Представители коренных народов Америки и коренные жители штата Alaska имеют доступ к аптекам из сети поставщиков услуг для представителей коренных народов Америки (IHCP) в тех случаях, когда в такой сети представлена розничная аптека. Если вы не являетесь представителем коренных народов

Америки или коренным жителем штата Alaska, вы можете обращаться за услугами в розничную аптеку IHCP, если вы приписаны к соответствующей клинике, а также в экстренных ситуациях.

- Аптеки, поставляющие лекарства, реализация которых по решению FDA ограничена определенными учреждениями либо которые требуют особого обращения, координации между поставщиками услуг или обучения их приему. (Обратите внимание! Такая ситуация не должна происходить часто.)
- Для поиска специализированной аптеки изучите *Каталог поставщиков услуг и аптек*, посетите наш веб-сайт или обратитесь в отдел обслуживания участников плана или к вашему координатору медицинского обслуживания.

A6. Использование услуг заказа лекарственных препаратов с доставкой по почте

Для получения некоторых типов лекарственных препаратов можно воспользоваться услугами заказа с доставкой по почте в рамках сети нашего плана. Как правило, для заказа с доставкой по почте доступны лекарственные препараты, которые вы принимаете регулярно при хроническом или длительном заболевании. Лекарства, для которых предусмотренная нашим планом услуга заказа с доставкой по почте **недоступна**, отмечены в нашем *Перечне лекарств* 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. Доплата за 100-дневный запас лекарства аналогична доплате, предусмотренной за запас на один месяц.

Получение рецептурных препаратов по почте

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 рецептурных препаратов по почте осуществляется в течение 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.

Процедуры заказа с доставкой по почте

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

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

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

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

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

   - Вы уже пользовались предусмотренными нашим планом услугами заказа с доставкой по почте **или**
   - Вы подали заявку на автоматическую отправку лекарственных препаратов по всем новым рецептам, полученным непосредственно от поставщиков медицинских услуг. Вы можете подать заявку на автоматическую отправку лекарств по всем новым рецептам сейчас или в любое время, обратившись в аптеку 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, при этом до его отправки с вами не связались, чтобы выяснить, нужен ли он вам, 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 выдачи и отправки препарата.

- Так вы можете убедиться, что аптека отправляет вам нужный лекарственный препарат (в том числе в нужной дозировке, количестве и форме), а также при необходимости можете отменить или отсрочить заказ, прежде чем вам будет выставлен счет, а заказ будет отправлен.

- Каждый раз, когда с вами связывается аптека, отвечайте и сообщайте, что нужно делать с новым рецептом. Это позволит вам получать лекарственные препараты своевременно.

Чтобы отказаться от автоматической доставки 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.

3. 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 связывается 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 решите не использовать нашу программу автоматической повторной отправки лекарств, свяжитесь со своей аптекой за 21 день до того, как ваш текущий запас лекарств закончится. Это позволит вовремя выполнить доставку вашего следующего заказа.

Чтобы отказаться от участия в программе автоматического повторного получения лекарств по почте, свяжитесь с нами, позвонив в отдел обслуживания участников плана по вопросам услуги заказа с доставкой по почте по номеру 1-833-750-0201 (TTY: 711) круглосуточно, без выходных. Либо вы можете воспользоваться веб-сайтом express-scripts.com/rx.

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

A7. Получение долгосрочного запаса лекарственных препаратов

Вы можете получить долгосрочный запас поддерживающих лекарств из *Перечня лекарств* нашего плана страхования. Поддерживающими называются лекарства, которые вы регулярно принимаете для лечения хронического или длительного заболевания.

Некоторые сетевые аптеки позволяют получать долгосрочный запас поддерживающих лекарств. Доплата за 100-дневный запас лекарства аналогична доплате, предусмотренной за запас на один месяц. В *Каталоге поставщиков услуг и аптек* содержатся сведения о том, какие аптеки могут предоставить вам долгосрочный запас поддерживающих лекарств. Вы также можете позвонить вашему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания участников плана, чтобы получить дополнительную информацию.

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

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

Как правило, мы оплачиваем лекарственные препараты, выданные внесетевой аптекой, только в том случае, если у вас нет возможности обратиться в сетевую аптеку. За пределами нашей зоны обслуживания есть сетевые аптеки, где вы можете получить лекарства по рецепту как участник нашего плана. В таких ситуациях сначала обратитесь к своему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания участников плана и выясните, нет ли поблизости сетевой аптеки.

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

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 таком случае вам придется оплатить полную стоимость лекарства при его получении по рецепту. 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 **главе 7** настоящего *Справочника участника плана*.

- 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 таком случае вам придется оплатить полную стоимость лекарства при его получении по рецепту. 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 **главе 7** настоящего *Справочника участника плана***.**

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. Подробнее о порядке подачи страхового требования в отношении возмещения расходов см. в **главе 7** настоящего *Справочника участника плана*.

A9. Возмещение расходов на рецептурные препараты

Если вы вынуждены обратиться во внесетевую аптеку, вместо доплаты вам, как правило, придется заплатить полную стоимость лекарства по рецепту. Вы можете попросить нас возместить вам нашу долю расходов. Возможно, от вас потребуется оплатить разницу между стоимостью лекарства для вас во внесетевой аптеке и стоимостью, покрываемой нами в сетевой аптеке.

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

Подробнее об этой теме см. в **главе 7** настоящего *Справочника участника плана*.

B. *Перечень лекарств* нашего плана страхования

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

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

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

B1. Лекарства из нашего *Перечня лекарств*

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

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

Наш *Перечень лекарств* 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 нашего *Перечня лекарств*, это может означать как лекарство, так и биологический препарат.

В состав непатентованных препаратов входят те же активные вещества, что и в патентованные лекарства. 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.

См. в **главе 12** определения типов лекарственных препаратов, которые могут быть включены в *Перечень лекарств*.

B2. Как найти лекарство в нашем *Перечне лекарств*

Чтобы узнать, представлено ли принимаемое вами лекарство в нашем *Перечне лекарств*, выполните одно их следующих действий:

- Посетите веб-сайт нашего плана страхования по адресу go.wellcare.com/HealthNetCA. На нашем веб-сайте всегда размещена наиболее актуальная версия *Перечня лекарств*.
- Позвоните своему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать, представлено ли то или иное лекарство в нашем *Перечне лекарств*, или запросить экземпляр перечня.
- Лекарства, которые не покрываются в рамках программы Часть D, могут покрываться программой Medi-Cal Rx. Дополнительную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/).
- С помощью нашего инструмента Real Time Benefit Tool (Инструмент проверки стоимости в реальном времени) на веб-сайте go.wellcare.com/HealthNetCA найдите лекарства в *Перечне лекарств*, чтобы узнать их примерную стоимость для вас, а также проверить наличие в *Перечне лекарств* альтернативных препаратов, которые могут помочь при том же заболевании. Вы также можете позвонить вашему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания участников плана.

B3. Лекарства, не представленные в нашем *Перечне лекарств*

Мы покрываем не все лекарства.

- Некоторые лекарственные препараты не включены в наш *Перечень лекарств*, поскольку закон запрещает нам покрывать их стоимость.
- В других случаях мы могли сами принять решение не включать тот или иной лекарственный препарат в наш *Перечень лекарств*.
- Иногда у вас может иметься возможность получить лекарство, не представленное в нашем *Перечне лекарств*. Подробнее см. в **главе 9**.

Наш план страхования не оплачивает типы лекарств, описанные в данном разделе, за исключением некоторых лекарств, покрываемых в рамках расширенного покрытия. Такие лекарственными препараты называются **исключенными**. Если вам выписали рецепт на исключенный лекарственный препарат, который не покрывается нашим планом, возможно, вам придется оплатить его самостоятельно. Если вы считаете, что в вашем конкретном случае мы должны заплатить за исключенный лекарственный препарат, вы можете подать апелляцию. Дополнительную информацию об апелляциях см. в **главе 9** настоящего *Справочника участника плана*.

В отношении исключенных лекарственных препаратов действует три общих правила:

1. Страховое покрытие нашим планом лекарств для амбулаторного лечения (включая Medicare Part D) не может распространяться на лекарственный препарат, который уже покрывается в рамках Medicare Part A или Medicare Part B. Наш план страхования покрывает лекарства в рамках Medicare Part A или Medicare Part B бесплатно для вас, однако такие лекарства не считаются относящимися к покрываемым нами лекарствам для амбулаторного лечения.

2. Наш план страхования не может покрыть лекарственный препарат, приобретенный за пределами США и их территорий.

3. Использование лекарственного препарата должно быть одобрено FDA или рекомендоваться определенными медицинскими справочниками для лечения вашего заболевания. Ваш врач или иной поставщик услуг может выписать вам определенный лекарственный препарат, даже если он не был одобрен для лечения вашего состояния. Это называется «применением лекарства вне зарегистрированных показаний». Как правило, наш план страхования не покрывает лекарства, если они назначены вне зарегистрированных показаний.

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

- 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*

- Лекарственные препараты для амбулаторного лечения, условием для продажи которых является сдача анализов или получение услуг только у производителя

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

B4. Уровни участия в расходах на лекарства из *Перечня лекарств*

Каждое лекарство из нашего *Перечня лекарств* относится к одному из шести уровней. На каждом уровне представлена группа лекарств примерно одного и того же типа (например, патентованные лекарства, непатентованные лекарства или лекарства OTC). Как правило, чем выше уровень участия в расходах, тем больше сумма ваших расходов на лекарство.

- 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.
- На уровне 6 (препараты из особой подборки) представлены некоторые непатентованные и (или) патентованные лекарственные препараты, используемые для лечения конкретных заболеваний.

Чтобы узнать, на каком уровне участия в расходах находится ваше лекарство, найдите его в нашем *Перечне лекарств*.

Глава 6 настоящего *Справочника участника плана* содержит сведения о сумме ваших расходов на лекарства каждого уровня.

C. Ограничения в отношении некоторых лекарств

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

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 два раза в сутки; таблетки или жидкая форма), могут применяться те или иные ограничения.

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

Подробнее о порядке запроса исключений из правил покрытия см. в **главе 9** настоящего *Справочника участника плана*.

1. Ограничение использования патентованных препаратов или оригинальных биопрепаратов при наличии непатентованного аналога или равноценного биоаналога

Как правило, непатентованный лекарственный препарат или взаимозаменяемый биоаналог оказывает тот же эффект, что и патентованный лекарственный препарат или оригинальный биологических препарат, но обычно стоит дешевле. В большинстве случаев, если у патентованного препарата или оригинального биопрепарата есть непатентованный аналог или равноценный биоаналог, наши сетевые аптеки предоставят вам именно непатентованный препарат или равноценный биоаналог.

- Обычно мы не оплачиваем патентованный лекарственный препарат или оригинальный биологический препарат при наличии непатентованного аналога.

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

- Сумма вашей доплаты за патентованный лекарственный препарат или оригинальный биологический препарат может быть больше, чем за непатентованный лекарственный препарат или равноценный биоаналог.

2. Получение предварительного одобрения плана

Прежде чем вы сможете получить некоторые лекарства по рецепту, вы или лицо, выписывающее вам лекарство, должны получить одобрение нашего плана страхования. Такое одобрение называется предварительным разрешением. Оно необходимо для обеспечения безопасности лекарственных препаратов и правильного применения тех или иных препаратов. Если вы не получите одобрение, мы можем не покрыть стоимость лекарственного препарата. Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части страницы, либо посетите наш веб-сайт по адресу go.wellcare.com/enhanced-select-pa, чтобы узнать больше о предварительном разрешении.

3. Применение вначале другого лекарственного препарата

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

Если лекарство A вам **не помогает**, тогда мы согласимся покрыть лекарство B. Это правило называется поэтапным лечением. Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части страницы, либо посетите наш веб-сайт по адресу go.wellcare.com/enhanced-select-st, чтобы узнать больше о поэтапном лечении.

4. Количественные ограничения

Для некоторых лекарственных препаратов мы ограничиваем количество, которое вы можете получать. Это правило называется количественным ограничением.

Например, если для определенного лекарства обычно считается безопасным прием одной таблетки в день, мы можем ограничить количество лекарства, доступного вам при каждом получении по рецепту.

Чтобы выяснить, распространяются ли приведенные выше правила на лекарство, которое вы принимаете или планируете принимать, изучите наш *Перечень лекарств*. Для получения наиболее актуальной информации позвоните в отдел обслуживания участников плана или посетите наш веб-сайт по адресу go.wellcare.com/druglist-6. Если вас не удовлетворяет наше решение о страховом покрытии, принятое по какой-либо из приведенных выше причин, вы можете подать апелляцию. См. **главу 9** настоящего *Справочника участника плана*.

D. Причины, по которым ваше лекарство может не покрываться

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

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

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

- Лекарственный препарат покрывается, но находится на таком уровне участия в расходах, что его стоимость для вас превышает ваши ожидания.

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

D1. Получение временного запаса

В некоторых случаях мы можем предоставить вам временный запас лекарства, которое не представлено в нашем *Перечне лекарств* или на которое распространяются какие-

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

Для получения временного запаса лекарственного препарата должны быть соблюдены два приведенных ниже правила:

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

- Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим получить по нему лекарственный препарат несколько раз в общем количестве, рассчитанном на срок до 30 дней при получении в розничной аптеке и до 31 дня при получении в аптеке при учреждении долгосрочного ухода. Вы должны получить препарат по рецепту в сетевой аптеке.
- В аптеках при учреждениях долгосрочного ухода могут выдавать за один раз небольшое количество лекарства во избежание перерасходования лекарств.

- Вы являетесь участником нашего плана страхования более 90 дней, находитесь в учреждении долгосрочного ухода и нуждаетесь в запасе лекарственного препарата прямо сейчас.
  - Мы однократно покроем 31-дневный запас или меньше, если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней. Это количество мы покрываем дополнительно к описанному выше временному запасу лекарства.
  - В случае изменения условий ухода (например, госпитализация в учреждение долгосрочного ухода или больницу либо выписка оттуда) мы однократно покроем временный 30-дневный запас лекарства. 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.

D2. Запрос временного запаса

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

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

- Перейдите на другой лекарственный препарат.

  Наш план страхования может покрывать стоимость другого лекарственного препарата, который вам подойдет. Позвоните в отдел обслуживания участников плана и запросите список покрываемых лекарств, которые применяются для лечения такого же заболевания. Этот список поможет вашему поставщику услуг подобрать подходящий вам покрываемый лекарственный препарат.

  ИЛИ

- Подайте запрос на исключение из правил покрытия.

Вы и ваш поставщик услуг можете попросить нас сделать исключение. Например, вы можете попросить нас покрыть стоимость лекарства, которое не представлено в нашем *Перечне лекарств*, или покрыть лекарство без ограничений. Если ваш поставщик услуг считает, что существует веская медицинская причина предоставить вам исключение из правил покрытия, он или она помогут вам обратиться к нам с соответствующим запросом.

Подробнее о порядке запроса исключения из правил покрытия см. в **главе 9** настоящего *Справочника участника плана*.

Если вам нужна помощь с подачей запроса на исключение из правил покрытия, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

E. Изменения в страховом покрытии ваших лекарств

Большинство изменений в покрытии лекарств вступает в силу 1 января, однако мы можем добавлять лекарства в наш *Перечень лекарств* или убирать их из него в течение всего года. Мы также можем изменять наши правила в отношении лекарств. Например, мы можем:

- Принять решение требовать или не требовать предварительного разрешения (PA) для получения лекарственного препарата (разрешение от нас, прежде чем вы сможете получить лекарственный препарат).
- Добавлять или изменять количество лекарственного препарата, которое вы можете получить (количественные ограничения).
- Добавлять или изменять для лекарственного препарата ограничения в отношении поэтапного лечения (вы должны попробовать принимать один лекарственный препарат, прежде чем мы покроем другой).
- Заменять оригинальный биологический препарат на равноценный биоаналог.

Перед внесением изменений в *Перечень лекарств* нашего плана мы обязаны выполнить требования программы Medicare. Дополнительную информацию об этих правилах в отношении лекарственных препаратов см. в **разделе C**.

Как правило, если вы принимаете лекарство, стоимость которого покрывалась в **начале года**, мы не отменим и не изменим покрытие этого лекарства **до конца года** за исключением следующих случаев:

- в продаже появляется новый более дешевый лекарственный препарат, который не менее эффективен, чем текущий препарат из нашего *Перечня лекарств*, **или**

- мы узнаем, что лекарственный препарат небезопасен, **или**
- лекарственный препарат снимается с продажи.

Что происходит в случае внесения изменений в покрытие принимаемого вами лекарства?

Чтобы получить дополнительную информацию о том, что происходит в случае внесения изменений в наш *Перечень лекарств*, вы всегда можете:

- Проверить актуальную версию нашего *Перечня лекарств* онлайн на веб-сайте go.wellcare.com/druglist-6 **или**
- Позвонить в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части страницы, и запросить актуальную версию нашего *Перечня лекарств*.

Возможные изменения в *Перечне лекарств,* которые затронут вас в течение текущего годового периода действия плана

Некоторые изменения в *Перечне лекарств* вступают в силу незамедлительно. Например:

В продаже появился новый непатентованный лекарственный препарат. Иногда в продаже появляется новый непатентованный лекарственный препарат или биоаналог, который не менее эффективен, чем текущий патентованный лекарственный препарат или оригинальный биологический препарат из *Перечня лекарств*. В таких случаях мы можем убрать из перечня патентованный лекарственный препарат и добавить в него новый непатентованный лекарственный препарат, но при этом ваши расходы на новый препарат не изменятся или станут ниже. Когда мы добавляем новый непатентованный лекарственный препарат, мы также можем принять решение оставить в перечне патентованный препарат, но изменить правила его покрытия или ограничения в отношении него.

- Мы можем не сообщить вам о таком изменении заранее, но мы отправим вам информацию о каждом конкретном изменении после его вступления в силу.
- Вы или ваш поставщик услуг можете попросить нас сделать «исключение» для этих изменений. Мы отправим вам уведомление с указанием порядка действий, которые вы можете предпринять, чтобы запросить исключение из правил покрытия. Дополнительную информацию об исключениях из правил покрытия см. в **главе 9** настоящего *Справочника участника плана*.

Исключение из перечня небезопасных лекарств и прочих лекарств, снятых с продажи. Иногда лекарство может быть признано небезопасным или снято с продажи по другой причине. В таких случаях мы незамедлительно исключаем такое лекарство из нашего *Перечня лекарств*. Если вы принимаете лекарство в настоящий момент, после внесения изменения мы отправим вам соответствующее уведомление. Обратитесь к лицу, выписывающему вам лекарство, чтобы решить, есть ли в *Перечне лекарств* похожее лекарство, которое вы можете принимать вместо этого.

Мы можем вносить и другие изменения, которые затрагивают принимаемые вами лекарства. Мы заранее расскажем вам о таких других изменениях в нашем *Перечне лекарств*. Эти изменения могут произойти в следующих ситуациях:

- FDA предоставляет новые рекомендации или появляются новые клинические рекомендации относительно лекарственного препарата.

В случае таких изменений мы:

- Сообщим вам об этом изменении как минимум за 30 дней до того, как внесем его в наш *Перечень лекарств*, **или**
- Сообщим вам об этом изменении и предоставим 30-дневный запас лекарственного препарата после того, как вы обратитесь за повторной выдачей лекарства.

Это даст вам время на обсуждение с вашим врачом или другим лицом, выписывающим лекарство. Они помогут вам решить:

- Представлено ли в нашем *Перечне лекарств* похожее лекарство, которым можно заменить ваше, **или**
- Следует ли попросить нас сделать исключение в отношении этих изменений, с тем чтобы мы и дальше покрывали принимаемое вами лекарство или версию лекарства. Подробнее о порядке запроса исключений из правил покрытия см. в **главе 9** настоящего *Справочника участника плана*.

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

Мы можем вносить изменения в покрытие принимаемых вами лекарств, которые не описаны выше и которые не затронут вас в текущий момент. В случае таких изменений, если вы принимаете лекарство, стоимость которого покрывалась в **начале года**, мы, как правило, не отменим и не изменим покрытие этого лекарства **до конца года**.

Например, если мы исключаем принимаемое вами лекарство из перечня, увеличиваем его стоимость для вас или вносим ограничения по его применению, то такое изменение

не повлияет на порядок применения вами лекарства или его стоимость для вас до конца года.

В случае внесения любого из таких изменений в отношении принимаемого вами лекарства (помимо изменений, описанных в разделе выше), это изменение не затронет вас до 1 января следующего года.

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

F. Страховое покрытие лекарств в особых случаях

F1. Во время покрываемого нашим планом пребывания в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода

Если вы поступаете в больницу или учреждение квалифицированного сестринского ухода, при этом ваше пребывание покрывается нашим планом страхования, мы, как правило, покрываем стоимость необходимых вам лекарств во время пребывания в этом медицинском учреждении. Вам не придется вносить доплату. После вашей выписки из больницы или учреждения квалифицированного сестринского ухода мы покроем стоимость необходимых вам лекарственных препаратов, если они соответствуют всем нашим правилам страхового покрытия.

Подробнее о страховом покрытии лекарств и их стоимости для вас см. в **главе 6** настоящего *Справочника участника плана*.

F2. Во время пребывания в учреждении долгосрочного ухода

Как правило, в учреждении долгосрочного ухода, таком как учреждение сестринского ухода, имеется своя аптека или конкретная аптека, в которой это учреждение приобретает лекарственные препараты для всех своих пациентов. Если вы находитесь в учреждении долгосрочного ухода, вы можете получать необходимые вам лекарства через аптеку учреждения, если она входит в нашу сеть.

Чтобы узнать, входит ли в нашу сеть аптека вашего учреждения долгосрочного ухода, изучите *Каталог поставщиков услуг и аптек*. Если аптека не входит в нашу сеть либо вам нужна дополнительная информация, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

F3. При участии в сертифицированной Medicare программе хосписного ухода

Лекарственные препараты никогда не покрываются одновременно хосписом и нашим планом страхования.

- Вы можете находиться в сертифицированном программой Medicare хосписе и при этом нуждаться в определенных лекарствах (например, болеутоляющих, противорвотных, слабительных или противотревожных препаратах), которые не покрываются хосписом, поскольку они не связаны с терминальной стадией неизлечимого заболевания и сопутствующими состояниями. В таком случае лицо, выписывающее лекарство, либо ваш поставщик услуг хосписа должны уведомить наш план страхования о том, что данное лекарство не связано с уходом за неизлечимым больным, прежде чем мы сможем покрыть его стоимость.
- Во избежание задержек с получением таких не связанных с уходом за неизлечимым больным лекарств, которые должен покрывать наш план, прежде чем обращаться в аптеку за лекарством по рецепту, вы можете уточнить у поставщика услуг хосписа или лица, выписывающего лекарство, что мы получили уведомление о том, что данное лекарство не связано с уходом за неизлечимым больным.

Если вы покидаете хоспис, наш план будет покрывать все необходимые вам лекарственные препараты. Во избежание задержек при обращении в аптеку после прекращения действия услуг хосписа в рамках Medicare необходимо предоставить аптеке документацию, которая подтверждает выписку из хосписа.

Информацию о том, какие лекарственные препараты покрывает наш план, см. в предыдущих разделах этой главы. Дополнительную информацию об услугах хосписа см. в **главе 4** настоящего *Справочника участника плана*.

G. Программы безопасного приема лекарств и управления лекарственным обеспечением

G1. Программы, обеспечивающие безопасный прием лекарственных препаратов

Каждый раз, когда вы получаете лекарства по рецепту, мы проверяем наличие возможных проблем, включая ошибки при выписке лекарственных препаратов или тот факт, что лекарственный препарат:

- может не понадобиться, поскольку вы принимаете другой схожий препарат аналогичного действия
- может быть небезопасен для вашего возраста или пола
- может причинить вам вред, если вы будете принимать несколько препаратов одновременно
- содержит в составе ингредиенты, на которые у вас имеется или может быть аллергия
- может быть прописан в неверном количестве (дозировка)
- содержит небезопасное количество опиоидных обезболивающих средств

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

G2. Программы, обеспечивающие управление лекарственным обеспечением

Наш план страхования предусматривает программу помощи участникам со сложными медицинскими потребностями. В таких случаях вы, возможно, можете бесплатно пользоваться услугами программы контроля лекарственного лечения (MTM). Участие в программе является добровольным и бесплатным. Эта программа помогает вам и вашему поставщику услуг обеспечивать эффективность вашего лекарственного лечения. Если вы соответствуете критериям участия в программе, фармацевт или другой медицинский специалист всесторонне проанализирует лекарственные препараты, которые вы принимаете, и обсудит с вами следующие темы:

- как добиться наибольшей эффективности принимаемых вами лекарственных препаратов
- ваши опасения, например относительно стоимости лекарственных препаратов и реакций на них
- как принимать ваши лекарственные препараты оптимальным способом
- любые вопросы или проблемы, касающиеся ваших рецептурных и безрецептурных лекарств

Затем медицинский специалист предоставит вам следующее:

- Основное содержание этой беседы в письменном виде. В этом документе будет содержаться план действий с рекомендациями для вас, направленными на обеспечение максимальной эффективности принимаемых вами лекарственных препаратов.

- Список всех принимаемых вами лекарственных препаратов с указанием доз, времени приема и причины назначения.
- Сведения о безопасной утилизации рецептурных лекарственных препаратов, которые классифицируются как вещества, ограниченные в обращении.

Рекомендуем обсудить план действий и список ваших лекарственных препаратов с лицом, выписывающим вам лекарства.

- Берите план действий и список ваших лекарственных препаратов с собой на прием и каждый раз, когда собираетесь обратиться к врачу, фармацевту или другому поставщику медицинских услуг.
- Берите список ваших лекарственных препаратов с собой, когда обращаетесь в больницу или отделение неотложной помощи.

Участие в программах MTM добровольное и бесплатное для участников, соответствующих определенным условиям. Если у нас имеется программа, которая отвечает вашим потребностям, мы включим вас в нее и отправим вам необходимую информацию. Если вы не захотите участвовать в этой программе, сообщите нам об этом, и мы вас из нее исключим.

Если у вас возникли вопросы об этих программах, обратитесь в отдел обслуживания участников плана или к вашему координатору медицинского обслуживания.

G3. Программа контроля приема лекарств (DMP), помогающая участникам безопасно применять опиоидные 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 включать следующее:

- Требование получать все такие рецептурные препараты в определенной аптеке (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 лекарств или потребуем ли получать такие лекарства по всем рецептам в определенной аптеке или у определенного поставщика услуг.

У вас будет возможность сообщить нам, к каким лицам, выписывающим лекарства, или в какие аптеки вы предпочитаете обращаться, 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 с подтверждением этих ограничений.

Если вы считаете, что мы допустили ошибку, либо вас не удовлетворяет наше решение или ограничение, вы и лицо, выписывающее вам лекарства, можете подать апелляцию. В случае подачи апелляции мы рассмотрим ваш случай и предоставим вам новое решение. Если какая-либо часть вашей апелляции касательно ограничений вашего доступа к таким лекарствам будет отклонена, мы автоматически отправим ваш случай на рассмотрение в независимую экспертную организацию (IRO). (Подробнее об апелляциях и IRO см. в **главе 9** настоящего *Справочника участника плана*.)

Программа DMP может не действовать в вашем отношении, если вы:

- имеете определенные заболевания, такие как рак или серповидноклеточная анемия,
- получаете обслуживание в хосписе, паллиативную помощь либо уход на последней стадии болезни **или**
- находитесь в учреждении долгосрочного ухода.

Глава 6. Стоимость лекарств по программам Medicare и Medi-Cal для вас

Введение

В этой главе содержится информация о стоимости лекарств для амбулаторного лечения для вас. Под «лекарственными препаратами» мы подразумеваем:

- Лекарственные препараты по программе Medicare Part D, **и**
- Лекарственные препараты и товары, покрываемые программой Medi-Cal Rx, **и**
- Лекарственные препараты и товары, покрываемые нашим планом страхования в качестве дополнительных услуг.

Поскольку вы соответствуете критериям для участия в программе Medi-Cal, вы также участвуете в программе «Дополнительная помощь» от Medicare, помогающей с оплатой ваших расходов на лекарства по программе Medicare Part D. Мы отправили вам отдельный вкладыш под названием *«Дополнение к документу об объеме страховой ответственности страховщика для лиц, получающих дополнительную помощь в оплате рецептурных препаратов»* (другое название — «Дополнение о предоставлении субсидий при низком доходе» или «Дополнение о LIS»), в котором рассказывается о доступном вам страховом покрытии лекарств. Если вы не получили этот вкладыш, позвоните в отдел обслуживания участников плана и запросите «Дополнение о LIS».

> **«Дополнительная помощь»** — это программа Medicare, которая помогает лицам с ограниченными доходами и ресурсами уменьшить расходы на лекарства по программе Medicare Part D, включая страховые взносы, не покрываемые страховкой минимумы и доплаты. Программу «Дополнительная помощь» также называют «субсидией при низком доходе» или «LIS».

Прочие основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе настоящего *Справочника участника плана*.

Подробнее о лекарственных препаратах см. в следующих материалах:

- Наш *Перечень покрываемых лекарств*.
    - Для краткости мы называем этот документ *«Перечень лекарств»*. Из него вы можете узнать следующее:
        - какие лекарственные препараты мы оплачиваем

- на каком из шести уровней находится каждый лекарственный препарат
- предусмотрены ли для лекарственных препаратов какие-либо ограничения

  - Если вам нужен экземпляр нашего *Перечня лекарств*, позвоните в отдел обслуживания участников плана. Кроме того, наиболее актуальную версию нашего *Перечня лекарств* можно найти на нашем веб-сайте по адресу go.wellcare.com/druglist-6.
  - Большинство лекарств, получаемых вами в аптеке, покрывается планом Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Другие лекарства, например определенные безрецептурные (OTC) препараты и некоторые витамины, могут покрываться в рамках Medi-Cal Rx. Дополнительную информацию см. на веб-сайте Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/). Вы также можете позвонить в центр по работе с клиентами Medi-Cal Rx по номеру 800-977-2273. При получении рецептурных лекарственных препаратов через Medi-Cal Rx берите с собой карту получателя льгот (BIC) Medi-Cal.

- **Глава 5** настоящего *Справочника участника плана*.
  - Разъясняет порядок получения лекарств для амбулаторного лечения через наш план страхования.
  - Здесь также приведены правила, которые вам нужно соблюдать. Кроме того, здесь содержится информация о том, какие типы лекарств не покрываются нашим планом.
  - Если вы используете Real Time Benefit Tool (Инструмент проверки стоимости в реальном времени) плана для проверки покрытия лекарств (см. **раздел B2 главы 5**), отображаемая стоимость представляет собой оценку ваших ожидаемых личных расходов. Для получения дополнительной информации вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников плана.
- Наш *Каталог поставщиков услуг и аптек*.
  - В большинстве случаев вам следует обращаться за покрываемыми лекарственными препаратами в сетевую аптеку. Сетевыми называются аптеки, которые согласились работать с нами.
  - В *Каталоге поставщиков услуг и аптек* представлен список наших сетевых аптек. Дополнительную информацию о сетевых аптеках см. в **главе 5** настоящего *Справочника участника плана*.

Содержание

A. Разъяснение страховых выплат (EOB)....224
B. Как отслеживать расходы на лекарства....226
B1. Что делать, если вы нашли ошибки в этом отчете?....227
B2. Что делать в случае предполагаемого мошенничества?....227
C. Стадии оплаты лекарств по программе Medicare Part D....228
D. Стадия 1: стадия первоначального страхового покрытия....229
D1. Выбор аптеки....230
D2. Получение долгосрочного запаса лекарственного препарата....230
D3. Ваши расходы....230
D4. Завершение стадии первоначального страхового покрытия....233
E. Стадия 2: стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов....234
F. Ваши расходы на лекарства в случае, если врач выписывает рецепт менее чем на месяц....234
G. Стоимость вакцин по программе Часть D для вас....235
G1. Что нужно знать перед получением вакцины....235
G2. Стоимость вакцины, покрываемой программой Medicare Part D, для вас....235

A. *Разъяснение страховых выплат* (EOB)

Наш план страхования отслеживает ваши расходы на лекарства и суммы ваших выплат при получении лекарств по рецепту в аптеке. Мы отслеживаем два типа расходов:

- Ваши **личные расходы**. Это сумма, которую заплатили за лекарства по рецепту вы или другие лица от вашего имени. Сюда входит сумма, которую вы заплатили при получении лекарства по программе Часть D, любые платежи за ваши лекарства, совершенные семьей или друзьями, а также любые платежи за ваши лекарства по программе «Дополнительная помощь» от Medicare, платежи от 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).

- Ваши **общие расходы на лекарства**. Это общая сумма всех платежей, произведенных за ваши лекарства по программе Часть D. Сюда входит сумма, которую выплатил наш план страхования, а также сумма, выплаченная другими программами или организациями за ваши лекарства по программе Часть D.

Если вы получаете лекарства через наш план, мы будем отправлять вам отчет под названием *Разъяснение страховых выплат (EOB)*. Для краткости мы называем этот отчет EOB. Этот отчет EOB не представляет собой счет на оплату. Отчет EOB содержит дополнительную информацию о принимаемых вами лекарствах, в том числе сведения о повышении цен и других доступных лекарствах, доля участия в расходах на которые будет меньше. Вы можете обсудить эти более дешевые варианты с лицом, выписывающим вам лекарство. Отчет EOB содержит следующую информацию:

- **Информация за месяц**. В отчете указано, какие препараты вы получили в прошлом месяце. В нем приведены общие расходы на лекарства, сумма, выплаченная нами, и сумма, которую заплатили вы или другие лица от вашего имени.

- **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**. Полная цена лекарства и изменения в цене с момента первого получения лекарства по рецепту при каждом получении в том же количестве.

- **Варианты более низкой стоимости**. Сюда относится информация о других доступных препаратах с более низкой стоимостью по каждому рецепту (если применимо).

Мы покрываем некоторые лекарства, которые не покрывает программа Medicare.

- Выплаты, совершенные за такие лекарства, не идут в счет общей суммы личных расходов.

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

- Чтобы узнать, какие лекарства покрывает наш план, см. наш *Перечень лекарств*.

B. Как отслеживать расходы на лекарства

Мы отслеживаем ваши расходы на лекарства и произведенные вами платежи с помощью сведений, полученных от вас и вашей аптеки. Чтобы помочь нам в этом, соблюдайте следующие правила:

1. **Используйте свою ID-карту участника плана.**

   Каждый раз при получении лекарства по рецепту предъявляйте свою ID-карту участника плана. Так мы можем узнать, какие лекарства вы получили по рецепту и сколько вы заплатили.

2. **Следите за тем, чтобы мы получали необходимую информацию.**

   Вы можете попросить нас возместить вам нашу долю стоимости лекарства. Отправьте нам запрос на оплату по почте вместе со всеми счетами или квитанциями по следующему адресу:

   Адрес для приема страховых требований в отношении лекарственных препаратов:
   Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)
   Wellcare Medicare Part D Claims
   Attn: Member Reimbursement Department
   P.O. Box 31577
   Tampa, FL 33631-3577

   Ниже приведены некоторые ситуации, в которых вам следует предоставить нам копии ваших квитанций:

   - Вы приобретаете покрываемый лекарственный препарат в сетевой аптеке по специальной цене или с использованием дисконтной карты, которая не является частью покрытия нашего плана.
   - Вы вносите доплату за лекарственные препараты, которые получаете в рамках программы помощи пациентам от производителя лекарственного препарата.
   - Вы приобретаете покрываемые лекарственные препараты во внесетевой аптеке.
   - Вы при особых обстоятельствах оплачиваете полную стоимость покрываемого лекарственного препарата.

   Дополнительную информацию о порядке подачи запроса на возмещение нашей доли стоимости лекарства см. в **главе 7** настоящего *Справочника участника плана*.

3. 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 той или иной программе помощи штата в оплате лекарственных препаратов, программе помощи штата в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP), выплаты от службы здравоохранения для индейцев, а также от большинства благотворительных организаций засчитываются в пользу ваших личных расходов. В результате вы сможете быстрее перейти на стадию страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов. По достижении вами стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов наш план страхования оплачивает все расходы на ваши лекарства по программе Medicare Part D до конца года.

4. Проверяйте отправляемые нами отчеты EOB.

Получив отчет EOB по почте, убедитесь в полноте и правильности указанных в нем сведений.

- **Узнаете ли вы названия всех аптек?** Проверьте даты. Получали ли вы лекарства в эти дни?
- **Получали ли вы перечисленные лекарства?** Совпадает ли этот список с позициями в квитанциях? Совпадают ли названия лекарств с теми, что выписал вам ваш врач?

B1. Что делать, если вы нашли ошибки в этом отчете?

Если что-то смущает вас или кажется ошибкой в отчете EOB, позвоните в отдел обслуживания участников плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).

B2. Что делать в случае предполагаемого мошенничества?

Если в данном отчете указаны лекарственные препараты, которые вы не принимаете, или что-либо еще вызывает у вас сомнения, обратитесь к нам.

- Позвоните нам по номеру отдела обслуживания участников плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).
- Либо позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. Звонки на эти номера бесплатны.

- Если вы подозреваете, что работающий по программе Medi-Cal поставщик услуг совершил мошенничество, растрату или злоупотребление, вы имеете право конфиденциально сообщить об этом по бесплатному номеру 1-800-822-6222. Другие способы сообщить о мошенничестве в рамках программы Medi-Cal представлены по адресу: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Если вы считаете, что в отчете есть упущения или ошибки, либо если у вас есть какие-то вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана. **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 документа.** Вы можете запросить ее на веб-сайте express-scripts.com/rx. Если вы предпочтете такой вариант получения документации, вы получите электронное письмо с уведомлением, что ваш 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. Безбумажные отчеты EOB по программе Часть D являются точными копиями (изображениями) печатных отчетов EOB по программе Часть D. Храните отчеты EOB. Это важные документы, подтверждающие ваши расходы на лекарства.

C. Стадии оплаты лекарств по программе Medicare Part D

В рамках страхового покрытия лекарств по программе Medicare Part D через ваш план предусмотрено две стадии оплаты. Выплачиваемая вами сумма при каждом получении лекарства по рецепту зависит от уровня участия в программе «Дополнительная помощь» и от того, на какой стадии вы находитесь на момент получения или повторного получения лекарства по рецепту. Вот эти две стадии:

Стадия 1: стадия первоначального страхового покрытия	**Стадия 2: стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов**
На этой стадии мы оплачиваем свою часть расходов на лекарства, а вы платите свою долю. Ваша доля называется «доплата». Вы переходите на эту стадию, когда получаете первое лекарство по рецепту в течение года.	На этой стадии мы оплачиваем все расходы на лекарства вплоть до 31 декабря 2027 года. Вы переходите на эту стадию после выплаты определенной суммы личных расходов.

D. Стадия 1: стадия первоначального страхового покрытия

На стадии первоначального страхового покрытия мы оплачиваем свою долю расходов на покрываемые лекарства, а вы платите свою долю. Ваша доля называется «доплата». Размер доплаты зависит от уровня участия в расходах, на котором находится лекарство, и места его получения.

Уровни участия в расходах — группы лекарств, для которых предусмотрена одинаковая доплата. Каждый препарат из предусмотренного нашим планом *Перечня лекарств* относится к одному из шести уровней участия в расходах. В целом, чем выше номер уровня, тем выше сумма доплаты. Чтобы узнать, на каком уровне участия в расходах находится ваше лекарство, найдите его в нашем *Перечне лекарств*.

- 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.
- На уровне 6 (препараты из особой подборки) представлены некоторые непатентованные и (или) патентованные лекарственные препараты, используемые для лечения конкретных заболеваний.

D1. Выбор аптеки

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

- Сетевая розничная аптека **или**
- Сетевая розничная аптека с привилегированным участием в расходах. Сумма ваших расходов может быть меньше в аптеках с привилегированным участием в расходах.
- Внесетевая аптека. В ограниченном числе случаев мы покроем лекарства, полученные по рецепту во внесетевой аптеке. См. **главу 5** настоящего *Справочника участника плана*, где описаны соответствующие ситуации.
- Сотрудничающая с нашим планом аптека с возможностью заказа по почте.

Чтобы узнать больше об этих типах аптек, см. **главу 5** настоящего *Справочника участника плана* и наш *Каталог поставщиков услуг и аптек*.

D2. Получение долгосрочного запаса лекарственного препарата

Для некоторых лекарственных препаратов предусмотрена возможность получения долгосрочного запаса (на большее число дней) по одному рецепту. Долгосрочный запас представляет собой запас лекарства на 100 дней. Стоимость при этом не отличается от стоимости лекарства при приобретении месячного запаса.

Подробнее о том, где и как получить долгосрочный запас лекарства, см. в **главе 5** настоящего *Справочника участника плана* или в *Каталоге поставщиков услуг и аптек* нашего плана.

D3. Ваши расходы

На стадии первоначального страхового покрытия от вас может требоваться вносить доплату каждый раз при получении лекарства по рецепту. Если покрываемый лекарственный препарат стоит меньше размера доплаты, вы платите более низкую из сумм.

Обратитесь в отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать размер вашей доплаты за тот или иной покрываемый лекарственный препарат.

Ваша доля расходов при получении месячного или долгосрочного запаса покрываемого лекарства в зависимости от типа аптеки:

	Стандартная или рекомендуемая сетевая аптека **Запас на один месяц или на срок до 30 дней**	**Сетевая аптека при учреждении долгосрочного ухода** **Запас на срок до 31 дня**	**Внесетевая аптека** **Запас на срок до 30 дней.** **Страховое покрытие ограничено определенными ситуациями.** **Подробнее см. в главе 5 настоящего Справочника участника плана.**	**Предусмотренная планом услуга заказа с доставкой по почте из стандартной или рекомендуемой аптеки** **Запас на один месяц или на срок до 34 дней.**
Уровень участия в расходах 1 (Непатентованные лекарственные препараты) **Уровень участия в расходах 2** (Предпочтительные патентованные препараты) **Уровень участия в расходах 3** (Непредпочтительные лекарственные препараты)	**Для уровней участия в расходах 1–5:** Размер вашей доплаты за месячный запас для всех лекарств зависит от уровня вашего участия в программе «Дополнительная помощь»: <u>За непатентованные лекарственные препараты (в том числе патентованные препараты, рассматриваемые как непатентованные):</u> ● доплата $0, или ● доплата $1.65, или ● доплата $5.80 за месячный запас <u>За все прочие покрываемые лекарственные препараты:</u> ● доплата $0, или ● доплата $5, или ● доплата $14.40 за месячный запас			**Для всех уровней участия в расходах:** Заказ с доставкой по почте недоступен для месячного запаса (34 дня или менее) для лекарств на всех уровнях.

	Стандартная или рекомендуемая сетевая аптека **Запас на один месяц или на срок до 30 дней**	**Сетевая аптека при учреждении долгосрочного ухода** **Запас на срок до 31 дня**	**Внесетевая аптека** **Запас на срок до 30 дней.** **Страховое покрытие ограничено определенными ситуациями.** **Подробнее см. в главе 5 настоящего Справочника участника плана.**	**Предусмотренная планом услуга заказа с доставкой по почте из стандартной или рекомендуемой аптеки** **Запас на один месяц или на срок до 34 дней.**
Уровень участия в расходах 4 (Инъекционные препараты)	«Дополнительная помощь» — это программа, помогающая с оплатой расходов на лекарства. Мы отправили вам отдельный документ под названием «Дополнение к Документу об объеме страховой ответственности страховщика для лиц, участвующих в программе «Дополнительная помощь» для оплаты рецептурных препаратов»; этот документ содержит сведения о ваших расходах на лекарства. Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь» и при этом не получили этот документ, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части страницы, и попросите прислать вам «Дополнение о LIS».			
Уровень участия в расходах 5 (Уровень специализированных лекарственных препаратов) Ограничено 30-дневным запасом при каждом получении лекарства по рецепту.				

	Стандартная или рекомендуемая сетевая аптека **Запас на один месяц или на срок до 30 дней**	**Сетевая аптека при учреждении долгосрочного ухода** **Запас на срок до 31 дня**	**Внесетевая аптека** **Запас на срок до 30 дней.** **Страховое покрытие ограничено определенными ситуациями.** **Подробнее см. в главе 5 настоящего Справочника участника плана.**	**Предусмотренная планом услуга заказа с доставкой по почте из стандартной или рекомендуемой аптеки** **Запас на один месяц или на срок до 34 дней.**
Уровень участия в расходах 6 (Препараты из особой подборки)	Доплата $0	Доплата $0	Доплата $0	Заказ с доставкой по почте недоступен для месячного запаса (34 дня или менее)

Чтобы узнать, в каких аптеках можно получить долгосрочный запас лекарства, см. наш *Каталог поставщиков услуг и аптек*.

D4. Завершение стадии первоначального страхового покрытия

Стадия первоначального страхового покрытия завершается, когда ваши общие личные расходы достигнут суммы $2,400. С этого момента начинается стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов. Мы покрываем все ваши расходы на лекарства с этого момента и до конца года.

Мы предлагаем покрытие дополнительных лекарств, которые обычно не покрываются планом покрытия лекарств Medicare. Выплаты, совершенные за такие лекарства, не идут в счет общей суммы личных расходов.

Ваш отчет EOB помогает отслеживать размер ваших выплат за лекарства в течение года. Мы сообщим вам, если вы достигнете предельной суммы в $2,400. Большинство участников не достигают этой суммы за год.

E. Стадия 2: стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов

Когда вы достигнете предельной суммы личных расходов на лекарства в $2,400, начнется стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов. Вы остаетесь на стадии страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов до конца календарного года. На этой стадии оплаты вы ничего не платите за покрываемые лекарства по программе Часть D.

F. Ваши расходы на лекарства в случае, если врач выписывает рецепт менее чем на месяц

Обычно вы вносите доплату, рассчитанную на полный месячный запас покрываемого лекарства. Однако врач может назначить вам препарат в меньшем количестве, чем полный месячный запас.

- Возможны ситуации, когда вы захотите попросить врача назначить вам препарат в меньшем количестве, чем его месячный запас (например, если вы впервые принимаете лекарство).
- В случае согласия вашего врача вам не придется платить за полный месячный запас определенных лекарств.

Если вы получаете менее чем месячный запас лекарства, выплачиваемая вами сумма учитывает количество дней, на которое выдается лекарство. 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.

- Приведем пример: допустим, доплата за полный месячный запас (30-дневный запас) вашего лекарства составляет $1.65. Это означает, что вы платите за лекарство менее $0.06 в день. Если вы получаете семидневный запас лекарства, ваш платеж составит менее $0.06 в день за семь дней, т. е. в общей сложности менее $0.39.
- Суточная сумма участия в расходах позволяет убедиться, что лекарство вам помогает, прежде чем вы заплатите за его запас на целый месяц.

- Вы также можете попросить своего поставщика услуг назначить вам менее чем полный месячный запас лекарства, чтобы вы могли:
  - Лучше планировать график пополнения запаса лекарств
  - Координировать пополнение запасов различных принимаемых вами лекарств, чтобы вам нужно было реже посещать аптеку

G. Стоимость вакцин по программе Часть D для вас

Важное сообщение о стоимости вакцин для вас. Некоторые вакцины считаются медицинской услугой и покрываются программой Medicare Part B. Другие вакцины считаются лекарствами по программе Medicare Part D. Такие вакцины перечислены в нашем *Перечне лекарств*. Наш план покрывает большинство вакцин для взрослых по программе Medicare Part D бесплатно для вас. Изучите *Перечень лекарств* нашего плана страхования или обратитесь в отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать больше о страховом покрытии и участии в расходах при получении конкретных вакцин.

Наше страховое покрытие вакцин по программе Medicare Part D подразумевает две части:

1. Первая часть — это стоимость **самой вакцины**.
2. Вторая часть — это стоимость **введения вакцины**. Например, иногда вы можете получить вакцину в виде укола, который вам ставит ваш врач.

G1. Что нужно знать перед получением вакцины

Мы рекомендуем вам звонить в отдел обслуживания участников плана, если вы планируете получить вакцину.

- Мы можем рассказать вам о порядке покрытия вакцины нашим планом и разъяснить вашу долю расходов.

G2. Стоимость вакцины, покрываемой программой Medicare Part D, для вас

Стоимость вакцины для вас зависит от типа вакцины (против чего направлена вакцина).

- Некоторые вакцины считаются медицинской услугой, а не лекарством. Такие вакцины предоставляются вам бесплатно. Подробнее о страховом покрытии таких вакцин см. в таблице страхового покрытия, представленной в **главе 4** настоящего *Справочника участника плана*.

- Другие вакцины считаются лекарствами по программе Medicare Part D. Такие вакцины представлены в *Перечне лекарств* нашего плана страхования. Возможно, от вас потребуется внести доплату за вакцины по программе Medicare Part D. Если вакцина рекомендована взрослым организацией под названием **Консультативный комитет по методикам иммунизации (ACIP)**, то вы ничего не платите за эту вакцину.

Ниже перечислены три привычных способа получения вакцины по программе Medicare Part D.

1. Вы получаете вакцину по программе Medicare Part D и сам укол в сетевой аптеке.
   - В случае большинства вакцин по программе Часть D для взрослых вы ничего не платите.
   - Для прочих вакцин по программе Часть D вы вносите доплату за вакцину.
2. Вы получаете вакцину по программе Medicare Part D в кабинете врача, при этом ваш врач делает вам укол.
   - Вы вносите доплату за вакцину врачу.
   - Наш план страхования оплачивает стоимость укола.
   - В такой ситуации приемная врача должна позвонить в наш план страхования; это позволит нам убедиться, что ваш врач понимает: вам нужно внести доплату только за вакцину.
3. Вы получаете препарат вакцины по программе Medicare Part D в аптеке и приносите его в кабинет врача для проведения укола.
   - В случае большинства вакцин по программе Часть D для взрослых вы ничего не платите за саму вакцину.
   - Для прочих вакцин по программе Часть D вы вносите доплату за вакцину.
   - Наш план страхования оплачивает стоимость укола.

Глава 7. Направление запроса на оплату нашей доли счета, полученного вами за покрываемые услуги или лекарства

Введение

В этой главе содержится информация о порядке и сроках отправки нам счетов для оплаты. Здесь также рассказывается о порядке подачи апелляции, если вас не удовлетворяет то или иное решение о страховом покрытии. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе настоящего *Справочника участника плана*.

Содержание

A. Направление запроса на оплату полученных вами услуг или лекарств 238

B. Направление запроса на оплату 243

C. Решения о страховом покрытии 243

D. Апелляции 244

A. Направление запроса на оплату полученных вами услуг или лекарств

Наши сетевые поставщики услуг должны выставлять счета за полученные вами покрываемые услуги и лекарственные препараты плану страхования. Сетевой поставщик услуг — это поставщик услуг, работающий с планом медицинского страхования.

Мы не позволяем поставщикам услуг Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) выставлять вам счета за полученные услуги или лекарства. Мы сами напрямую платим нашим поставщикам услуг, тем самым не допуская взимания платы с вас.

Если вы получили счет на полную стоимость медицинского обслуживания или лекарств, не оплачивайте его и отправьте его нам. Сведения о том, как отправить нам счет, см. в **разделе B** данной главы.

- Если мы покрываем услуги или лекарства, мы заплатим поставщику услуг напрямую.
- Если мы покрываем услуги или лекарства, при этом вы уже заплатили сумму, превышающую вашу долю расходов, вы имеете право на возмещение расходов.
    - Если вы заплатили за услуги, покрываемые программой Medicare, мы возместим вам расходы.
- Если вы заплатили за уже полученные услуги в рамках Medi-Cal, вы можете претендовать на возмещение (возврат) расходов при соблюдении всех следующих условий:
    - Полученная вами услуга представляет собой покрываемую программой Medi-Cal услугу, ответственность за оплату которой несем мы. Мы не возместим расходы на услугу, если она не покрывается планом Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).
    - Вы получили покрываемую услугу после того, как стали соответствующим критериям участником плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).
    - Вы подаете запрос на возмещение расходов в течение одного года с даты получения вами покрываемой услуги.
    - Вы предоставляете доказательство оплаты вами покрываемой услуги, например квитанцию от поставщика услуг с разбивкой по позициям.
    - Вы получили покрываемую услугу у поставщика услуг, участвующего в программе Medi-Cal и представленного в сети плана Wellcare Health Net

Dual Align (HMO D-SNP). Соблюдение этого условия необязательно, если вы получили экстренную медицинскую помощь, услуги по планированию семьи или другую услугу, которую программа Medi-Cal позволяет получать у внесетевых поставщиков услуг без предварительного одобрения (предварительного разрешения).

- Если обычно для покрываемой услуги требуется предварительное одобрение (предварительное разрешение), вам необходимо предоставить доказательство медицинской необходимости в покрываемой услуге от поставщика услуг.
- Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) сообщит вам о своем решении относительно возмещения расходов в письме под названием «Уведомление о принятом решении». При соблюдении всех перечисленных выше условий участвующий в программе Medi-Cal поставщик услуг обязан возместить ваши расходы в полном объеме. Если поставщик услуг отказывается возмещать ваши расходы, выплаченная вами сумма будет в полном объеме возмещена планом Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Мы возместим ваши расходы в течение 45 рабочих дней со дня получения страхового требования. Если поставщик услуг участвует в программе Medi-Cal, но не представлен в нашей сети и отказывается возмещать ваши расходы, Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) возместит ваши расходы, но только в том объеме, в каком услугу оплатила бы программа FFS Medi-Cal. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) в полном объеме возместит ваши личные расходы на услуги экстренной медицинской помощи, услуги по планированию семьи или другую услугу, которую программа Medi-Cal позволяет получать у внесетевых поставщиков услуг без предварительного одобрения. При несоблюдении одного из перечисленных выше условий мы не возместим ваши расходы.
- Мы не возместим ваши расходы, если:
  - Вы запросили и получили услуги, которые не покрываются программой Medi-Cal, например косметические услуги.
  - Услуга не относится к покрываемых планом Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) услугам.
  - Вы обратились к врачу, который не принимает пациентов по программе Medi-Cal, и при этом подписали форму, подтверждающую ваше желание все же получить услуги и оплатить их самостоятельно.
- Если мы не покрываем услуги или лекарства, мы сообщим вам об этом.

Обратитесь в отдел обслуживания участников плана, если у вас возникли какие-либо вопросы. Если вы не знаете, какую сумму должны были заплатить, либо если вы получили счет и не знаете, как с ним поступить, мы можем вам помочь. Кроме того, вы можете позвонить нам, если хотите сообщить дополнительную информацию, касающуюся уже отправленного запроса на оплату.

Примеры ситуаций, когда вам может понадобиться попросить нас о возмещении ваших расходов или об оплате полученного вами счета:

1. **Вы получили экстренную или неотложную медицинскую помощь у внесетевого поставщика услуг**

   Попросите поставщика услуг выставить счет нам.

   - Если вы заплатили полную сумму при оказании вам помощи, попросите нас возместить вам нашу долю расходов. Отправьте нам счет и доказательство совершенного платежа.
   - Вы можете получить от поставщика услуг счет, по которому вы, по вашему мнению, не должны платить. Отправьте нам счет и доказательство совершенного платежа.
     - Если поставщику услуг нужно заплатить, мы заплатим ему напрямую.
     - Если вы уже заплатили больше своей доли расходов на услугу в рамках Medicare, мы определим, какую сумму должны возместить вам в качестве нашей доли расходов.

2. **Сетевой поставщик услуг отправляет вам счет**

   Сетевые поставщики услуг всегда должны выставлять счета нам. Важно предъявлять свою ID-карту участника при получении любых услуг или лекарств по рецепту; однако иногда сетевые поставщики услуг совершают ошибки и могут попросить вас заплатить за услуги больше, чем ваша доля расходов. **Позвоните в отдел обслуживания участников плана** по номеру, указанному в нижней части этой страницы, **если вы получили какие-либо счета.**

   - Как участник плана страхования при получении покрываемых нами услуг вы вносите только доплату. Мы не позволяем поставщикам услуг выставлять вам счета на сумму свыше этого. Это правило действует даже тогда, когда мы платим поставщикам услуг меньше, чем установленная ими стоимость услуг. Даже если мы решим не оплачивать какие-либо из выставленных счетов, от вас все равно не требуется оплачивать их самостоятельно.

- 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 этим поставщиком услуг напрямую и решим возникшую проблему.

- Если вы уже оплатили счет от сетевого поставщика услуг за услуги, покрываемые программой Medicare, но считаете, что заплатили слишком много, отправьте нам счет и доказательство совершенного платежа. Мы возместим ваши расходы на полученные вами покрываемые услуги **либо** разницу между выплаченной вами суммой и суммой, покрываемой по нашему плану.

3. Вы вступили в наш план страхования задним числом

Иногда вступление в план страхования происходит задним числом. (Это означает, что день вступления в план уже прошел. Возможно, он был даже уже в прошлом году.)

- Если вы вступили в план страхования задним числом и оплатили счет после даты вступления, вы можете попросить нас возместить ваши расходы.

- Отправьте нам счет и доказательство совершенного платежа.

4. Вы получаете лекарство по рецепту во внесетевой аптеке

Если вы обращаетесь во внесетевую аптеку, вам придется оплатить полную стоимость лекарств по рецепту.

- Мы покроем лекарства, полученные по рецепту во внесетевой аптеке, только в некоторых случаях. Отправьте нам копию квитанции вместе с запросом на возмещение нашей доли расходов.

- Подробнее о внесетевых аптеках см. в **главе 5** настоящего *Справочника участника плана*.

- Возможно, мы не возместим вам разницу между стоимостью лекарства для вас во внесетевой аптеке и стоимостью, покрываемой нами в сетевой аптеке.

5. Вы оплатили полную стоимость рецептурных препаратов по программе Medicare Part D по причине отсутствия ID-карты участника плана

Если у вас нет с собой вашей ID-карты участника плана, вы можете попросить сотрудника аптеки позвонить нам или поискать информацию о вашем участии в плане.

- Если сотруднику аптеки не удается сразу же получить нужную информацию, вам, возможно, придется самостоятельно выплатить полную стоимость лекарств по рецепту или вернуться в аптеку с ID-картой участника плана.

- Отправьте нам копию квитанции вместе с запросом на возмещение нашей доли расходов.
- Возможно, мы не вернем вам выплаченную вами полную стоимость, если вы заплатили наличными большую сумму, чем согласованная цена для данного рецепта.

6. Вы оплатили полную стоимость лекарства по рецепту в рамках Medicare Part D, при этом лекарство не покрывается

Возможно, вам придется оплатить полную стоимость лекарства по рецепту, поскольку оно не покрывается планом.

- Лекарство может отсутствовать в нашем *Перечне покрываемых лекарств* (*Перечне лекарств*), опубликованном на нашем веб-сайте, либо на него могут распространяться требования или ограничения, о которых вы не знали или которые, по вашему мнению, не относятся к вам. Если вы решите получить такой лекарственный препарат, возможно, вам потребуется оплатить его полную стоимость.
    - Если вы не заплатили за лекарство и считаете, что мы должны покрыть его стоимость, вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии (см. **главу 9** настоящего *Справочника участника плана*).
    - Если вы и ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, считаете, что лекарство необходимо вам как можно скорее (в течение 24 часов), вы можете запросить срочное решение о страховом покрытии (см. **главу 9** настоящего *Справочника участника плана*).
- Отправьте нам копию квитанции вместе с запросом на возмещение ваших расходов. В некоторых случаях нам может потребоваться дополнительная информация от вашего врача или другого лица, выписывающего вам лекарство, чтобы возместить вам нашу долю стоимости лекарства. Возможно, мы не возместим вам выплаченную вами полную стоимость, если вы заплатили наличными большую сумму, чем согласованная цена для данного рецепта.

Когда вы отправляете нам запрос на оплату, мы рассматриваем его и принимаем решение о необходимости покрытия услуги или лекарства. Это называется «решением о страховом покрытии». Если мы решим, что услуга или лекарство должны быть покрыты, мы оплатим нашу долю их стоимости.

В случае отклонения вашего запроса на оплату вы можете обжаловать наше решение. Подробнее о порядке подачи апелляции см. в **главе 9** настоящего *Справочника участника плана*.

B. Направление запроса на оплату

Отправьте нам счет и доказательство совершенного вами платежа за услуги по программе Medicare. Доказательством платежа могут служить копия выписанного вами чека или копия квитанции от поставщика услуг. **Рекомендуем вам сделать для себя копии счета и квитанций об оплате.** Вы можете обратиться за помощью к своему координатору медицинского обслуживания. Вы должны отправить нам информацию в течение 365 дней (в случае страховых требований на оплату медицинского обслуживания и не покрываемых программой Часть D лекарств) или в течение трех лет (в случае страховых требований на оплату лекарств по программе Часть D) с даты получения вами услуги, товара или лекарства.

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

- Вы не обязаны использовать эту форму, но ее заполнение поможет нам обработать информацию быстрее.
- Форма доступна на нашем веб-сайте (go.wellcare.com/HealthNetCA). Либо вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана и попросить прислать вам форму.

Отправьте нам запрос на оплату по почте вместе со всеми счетами или квитанциями по следующему адресу:

Адрес для приема страховых требований в отношении медицинского обслуживания:
Member Reimbursement Dept
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

Адрес для приема страховых требований в отношении лекарственных препаратов:
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

C. Решения о страховом покрытии

Когда мы получим ваш запрос на оплату, мы примем решение о страховом покрытии. Другими словами, мы решим, покроет ли наш план полученную вами

услугу, товар или лекарство. Мы также решим, какую сумму, если таковая имеется, вы должны заплатить.

- Мы сообщим вам, если нам потребуется дополнительная информация от вас.
- Если мы решим, что наш план покрывает услугу, товар или лекарство, при этом вы следовали всем правилам при их получении, мы оплатим нашу долю их стоимости. Если вы уже заплатили за услугу или лекарство, мы отправим вам по почте чек на сумму нашей доли расходов. Если вы оплатили полную стоимость лекарства, вам, возможно, не будет возмещена вся выплаченная вами сумма (например, если вы получили лекарство во внесетевой аптеке или если вы заплатили наличными большую сумму, чем наша согласованная цена). Если вы не совершали платеж, мы заплатим поставщику услуг напрямую.

В **главе 3** настоящего *Справочника участника плана* объясняются правила получения покрываемых услуг. В **главе 5** настоящего *Справочника участника плана* объясняются правила получения лекарств, покрываемых по программе Medicare Part D.

- Если мы решим не выплачивать нашу долю стоимости услуги или лекарства, мы отправим вам письмо с объяснением причин. В письме также разъясняются ваши права на подачу апелляции.
- Подробнее о решениях о страховом покрытии см. в **главе 9**.

D. Апелляции

Если вы считаете, что мы допустили ошибку, отклонив ваш запрос на оплату, вы можете попросить нас изменить наше решение. Эта процедура называется «подача апелляции». Вы также можете подать апелляцию, если вас не удовлетворяет размер нашей выплаты.

Официальная процедура рассмотрения апелляции предусматривает подробный регламент и сроки исполнения. Подробнее об этой теме см. в **главе 9** настоящего *Справочника участника плана*.

- Для подачи апелляции по поводу возмещения расходов на медицинское обслуживание изучите **раздел F.**
- Для подачи апелляции по поводу возмещения расходов на лекарственный препарат изучите **раздел G**.

Глава 8. Ваши права и обязанности

Введение

В этой главе описаны ваши права и обязанности как участника нашего плана страхования. Мы должны уважать ваши права. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе настоящего *Справочника участника плана*.

Содержание

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs 246

B. Наша обязанность обеспечить вам своевременный доступ к покрываемым услугам и лекарствам 257

C. Наша обязанность защищать вашу личную информацию о здоровье (PHI) 258

C1. Как мы защищаем вашу PHI 259

C2. Ваше право ознакомиться со своими медицинскими документами 260

D. Наша обязанность предоставлять вам информацию 260

E. Невозможность для сетевых поставщиков услуг выставлять вам счета напрямую 262

F. Ваше право выйти из нашего плана страхования 262

G. Ваше право принимать решения о вашем медицинском обслуживании 262

G1. Ваше право знать доступные вам варианты лечения и принимать решения 262

G2. Ваше право определить порядок действий на случай, если вы не сможете самостоятельно принимать решения о медицинском обслуживании 263

G3. Что делать, если ваши указания не выполняются 265

H. Ваше право подавать жалобы и просить нас пересмотреть наши решения 265

H1. Что делать в случае несправедливого отношения и как получить дополнительную информацию о ваших правах 265

I. Ваши обязанности как участника плана 266

J. Вы имеете право вносить предложения относительно прав участников нашего плана и нашей политики в отношении ответственности 268

K. Оценка новых технологий 269

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - We can send materials to you in a language other than English or in an alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request." We will document your choice.
  - To make a standing request, change a standing request or make a one-time request, please call Member Services at the phone number on the bottom of this page.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب أن نحرص على تقديم كل الخدمات، السريرية وغير السريرية، إليك بطريقة ذات كفاءة ثقافية ويسهل الوصول إليها من قبل الجميع، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية أو ذوي مهارات القراءة المحدودة أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب علينا أيضًا إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نطلعك على حقوقك كل عام تكون فيه ضمن خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بقسم خدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيلات الصوتية. للحصول على المواد بأحد التنسيقات البديلة هذه، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو إرسال خطاب إلى:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُسمى ذلك "طلبًا دائمًا". وسنقوم بتوثيق اختيارك.
  - لتقديم طلب دائم أو تغيير طلب دائم أو تقديم طلب لمرة واحدة، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف الموجود في أسفل هذه الصفحة.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة مشاكل في اللغة أو الإعاقة وكنت ترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights على الرقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- Office for Civil Rights التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Ձեր իրավունքը ստանալ ծառայություններ և տեղեկություններ այն եղանակով, որը համապատասխանում է ձեր կարիքներին

Մենք պետք է ապահովենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ ինչպես կլինիկական, այնպես էլ ոչ կլինիկական, ձեզ տրամադրվեն մշակութային առումով համապատասխան և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացությամբ, ընթերցանության սահմանափակ հմտություններ ունեցող, լսողության հետ կապված խնդիրներ ունեցող, տարբեր մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին՝ ձեզ հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր պլանի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր պլանը կարող է նյութերը տրամադրել նաև անգլերենից բացի այլ լեզուներով, այդ թվում՝ մեծ տառատեսակով, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո ձևաչափով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգել Անդամների սպասարկման կենտրոն կամ գրել հետևյալ հասցեին՝

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Մենք կարող ենք նյութերն ուղարկել անգլերենից բացի այլ լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե հայցեք այն: Սա կոչվում է «մշտական հարցում»: Մենք կփաստաթղթավորենք ձեր ընտրությունը:
  - Մշտական հարցում կատարելու, մշտական հարցումը փոխելու կամ մեկանգամյա հարցում կատարելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպատարկման կենտրոն՝ էջի ներքեւում նշված հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է:

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Office of Civil Rights՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711:

- U.S Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժնի Office for Civil Rights՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

您有权以符合自身需求的方式获取服务和信息

我们必须确保**所有**服务（包括临床和非临床服务）均以符合文化背景且无障碍的方式提供，并且涵盖英语能力有限、阅读能力欠佳、存在听力障碍或者拥有多元文化及种族背景的人士。我们还必须以您能够理解的方式告知您我们计划的福利及您的各项权益。我们必须每年向您说明参与我方计划期间享有的所有权利。

- 如需以您能够理解的方式获取信息，请致电会员服务。本计划提供多语种免费口译服务，随时解答您的疑问。
- 我方计划还为您提供非英语版本的材料，包括大字体、盲文或音频等格式。如需获取上述任一替代格式的材料，请致电会员服务或致函：

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - 如果您借此提出要求，我们可以采用非英语版本或替代格式向您提供相关材料。这称为“固定请求”。我们将记录您的选择。
  - 如需提出固定请求、更改固定请求或提出一次性请求，请拨打本页底部的电话号码致电会员服务

如果您因语言问题或残障问题而难以从我方计划中获取信息，并且希望提出投诉，请致电：

- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal Office of Civil Rights：916-440-7370。TTY 用户请拨打 711。
- 美国卫生与公众服务部 Office for Civil Rights：1-800-368-1019。TTY 用户请拨打 1-800-537-7697。

حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیر بالینی، به شیوه‌ای از نظر فرهنگی و قابل‌دسترس ازجمله برای کسانی که دارای مهارت محدود در زبان انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا کسانی که دارای زمینه‌های فرهنگی و قومی متنوع هستند، ارائه می‌شود. باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح ما و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که برای شما قابل درک باشد. ما باید هرسال حقوق قانونی را که در طرح ما دارید به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
- همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی و در قالب‌هایی در مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی یا قالب‌های دیگر برایتان ارسال کنیم. به این حالت درخواست دوره‌ای "مستمر" گفته می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم.
  - برای ثبت یک درخواست دوره‌ای، تغییر یک درخواست دوره‌ای یا ثبت یک درخواست موردی (یکبار مصرف)، لطفاً با بخش خدمات اعضا از طریق شماره تلفنی که در پایین این صفحه درج شده است تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- Medi-Cal Office of Civil Rights به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.
- اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا Office for Civil Rights , به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

고객의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리

당사는 **모든** 임상 및 비임상 서비스가 귀하에게 문화적으로 적합하게 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있는 방식을 보장해야 합니다. 또한 당사는 플랜 혜택, 고객의 권리를 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 고객에게 알려 드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 전화하십시오. 당사 플랜은 가입자들의 질문에 다양한 언어로 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받으려면 가입자 서비스부로 전화를 하거나 아래 주소로 서신을 보내 주십시오.

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - 귀하의 요청이 있을 경우, 영어 이외의 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 “정기 요청”이라고 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다.
  - 정기 요청을 하거나, 정기 요청을 변경하거나, 일회성 요청을 하려면 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만사항을 제기하길 원하시면

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.
- Medi-Cal 인권 사무국은 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711을 이용해 주십시오.
- 미국 사회복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국 (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번을 이용해 주십시오.

Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги, как клинического, так и неклинического характера, предоставлялись вам с учетом культурных особенностей и были доступны всем участникам плана, включая лиц, ограниченно владеющих английским языком, лиц с ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также лиц различного культурного и этнического происхождения. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана и ваших правах в понятной для вас форме.

Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для получения информации в понятной для вас форме позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на других языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиозапись. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников плана или напишите по адресу:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Такой запрос называется «постоянно действующим». Мы внесем ваш выбор в свою документацию.
  - Для подачи или изменения постоянно действующего запроса либо подачи однократного запроса позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, указанному в нижней части страницы.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Office for Civil Rights Департамента здравоохранения и социального обеспечения США по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, le sean brindados de manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellas personas con dominio limitado del idioma inglés, habilidades de lectura reducidas, discapacidad auditiva o que pertenezcan a diversos contextos culturales y étnicos. Además, debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para recibir información de una manera que sea comprensible para usted, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a la siguiente dirección:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Podemos enviarle los materiales en otro idioma o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.
  - Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud única, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere hacer un reclamo, comuníquese con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Office for Civil Rights de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

- Llame a la Office for Civil Rights del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa inyong mga pangangailangan

Kailangan naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible, kabilang na para sa mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang inyong mauunawaan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Ang aming plano ay maaari ding magbigay sa inyo ng mga materyal sa mga wika maliban sa Ingles at sa mga format tulad ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Puwede kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika bukod sa Ingles o sa alternatibong format, kung hihilingin ninyo ito. Tinatawag itong "standing request". Itatala namin ang inyong pinili.
  - Para gumawa ng standing request, magbago ng standing request, o para sa isang beses na kahilingan, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero ng teleponong nasa ibaba ng pahinang ito.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

- Office of Civil Rights ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 711.
- Office for Civil Rights ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có xuất thân văn hóa và dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình của chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh, bao gồm bằng các định dạng chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để lấy tài liệu bằng một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc viết thư gửi đến:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh hoặc ở định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ lưu lại lựa chọn của quý vị.
  - Để thực hiện yêu cầu thường xuyên, thay đổi yêu cầu thường xuyên hoặc thực hiện yêu cầu một lần, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở cuối trang này.

Nếu quý vị gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.

- Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi 711.
- Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។

យើងត្រូវជានាថាសេវាកម្ម**ទាំងអស**់ ទាំងគ្លីនិកនិងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកប្រកបដោយសមត្ថភាពផ្នែកវប្បធម៌និងអាចប្រើបានរួមទាំងអ្នកដែលមានភាពស្ទាត់ជំនាញខាងភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត ជំនាញអានមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជនជាតិផ្សេងៗគ្នា។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពី អត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងអ្នក និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់តាមតិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមទាំងទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេងបានផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់៖

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - យើងអាចផ្ញើឯកសារទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឯកសារតាមវិធីបែបនេះ។ នេះហៅថា "ការស្នើសុំអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារតាមជម្រើសរបស់អ្នក។
  - ដើម្បីធ្វើសំណើសុំអចិន្ត្រៃយ៍ ផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំអចិន្ត្រៃយ៍ ឬធ្វើសំណើសុំសម្រាប់តែម្តង សូមទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ ទូរសព្ទនៅបាតទំព័រនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

- Medi-Cal Office of Civil Rights តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យ Office for Civil Rights របស់ ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។

B. Наша обязанность обеспечить вам своевременный доступ к покрываемым услугам и лекарствам

Как участник нашего плана страхования вы имеете определенные права.

- Вы имеете право выбрать поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), представленного в нашей сети. Сетевой поставщик услуг — это поставщик услуг, работающий с нами. Дополнительную информацию о типах поставщиков услуг, которые могут выступать в роли PCP, а также о порядке выбора PCP см. в **главе 3** настоящего *Справочника участника плана*.
    - Позвоните в отдел обслуживания участников плана или изучите *Каталог поставщиков услуг и аптек*, чтобы узнать больше о сетевых поставщиках услуг и о том, какие врачи принимают новых пациентов.
- Вы имеете право обращаться к специалисту в области женского здоровья без получения направления. Направление — это одобрение от вашего PCP, необходимое, чтобы обратиться к поставщику услуг, не являющемуся вашим PCP.
- Вы имеете право получать покрываемые услуги от сетевых поставщиков услуг в разумные сроки.
    - Сюда также входит право на своевременное получение услуг специалистов.
    - Если вы не можете получить услуги в разумные сроки, мы должны оплатить услуги, полученные у не сотрудничающих с планом поставщиков услуг.
- Вы имеете право без предварительного разрешения (PA) получать экстренную и неотложную медицинскую помощь.
- Вы имеете право без длительных задержек получать лекарства по рецепту в любой из наших сетевых аптек.
- Вы имеете право знать, когда вы можете обращаться к внесетевому поставщику услуг. Подробнее о внесетевых поставщиках услуг см. в **главе 3** настоящего *Справочника участника плана*.

- При вступлении в наш план страхования вы имеете право продолжать обращаться к своим текущим поставщикам услуг и пользоваться прежними разрешениями на получение услуг в течение 12 месяцев; при этом должны быть соблюдены определенные условия. Подробнее о дальнейшем обращении к своим поставщикам услуг и использовании прежних разрешений на получение услуг см. в **главе 1** настоящего *Справочника участника плана*.
- Вы имеете право принимать самостоятельные решения касательно медицинского обслуживания при участии вашей группы медицинского обслуживания и координатора медицинского обслуживания.

Глава 9 настоящего *Справочника участника плана* содержит сведения о доступных вам действиях, если вы считаете, что не получаете услуги или лекарства в разумные сроки. Здесь также рассказывается о доступных вам действиях, если мы отказались покрывать необходимые вам услуги или лекарства, но вы не согласны с нашим решением.

C. Наша обязанность защищать вашу личную информацию о здоровье (PHI)

Мы защищаем вашу PHI в соответствии с требованиями федерального законодательства и законов штата.

PHI включает личную информацию, которую вы предоставили нам при вступлении в наш план страхования. Кроме того, в нее входят данные из вашей медицинской документации и прочая медицинская информация.

У вас есть права, связанные с информацией о вас и контролем того, как используется ваша PHI. Мы направляем вам письменное уведомление, в котором разъясняются эти права и объясняется, как мы обеспечиваем конфиденциальность вашей PHI. Это уведомление называется «Уведомление о политике конфиденциальности».

Участники плана, которые могут дать согласие на получение медицинской помощи по деликатным вопросам, не обязаны получать разрешение какого-либо другого участника плана на получение такой помощи или подавать заявку на получение такой помощи. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) будет направлять сообщения, касающиеся медицинской помощи по деликатным вопросам, на альтернативный указанный участником почтовый адрес, адрес электронной почты или номер телефона, а при отсутствии такой альтернативы — на имя участника по имеющемуся в личном деле адресу или номеру телефона. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) не будет раскрывать медицинскую информацию, связанную с медицинской помощью по деликатным вопросам, никакому другому участнику плана без письменного разрешения участника, получающего такую

помощь. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) будет удовлетворять запросы на конфиденциальную коммуникацию в запрашиваемых форме и формате, если реализация коммуникации в запрашиваемых форме и формате легко осуществима, либо в альтернативных местах. Запрос участника плана на конфиденциальную коммуникацию в связи с медицинской помощью по деликатным вопросам будет действовать до тех пор, пока участник плана не отзовет его или не подаст новый запрос на конфиденциальную коммуникацию.

Участник плана может направить запрос на конфиденциальную коммуникацию с планом медицинского страхования в письменном виде или по электронной почте. Для получения дополнительных сведений о порядке подачи запроса см. веб-сайт www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/confidential-communication.html или позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному внизу страницы. Запрос на конфиденциальную коммуникацию должен быть реализован страховой компанией в течение семи календарных дней с момента получения электронного сообщения или телефонного запроса либо в течение 14 календарных дней с момента получения запроса в письменном виде по почте первого класса.

C1. Как мы защищаем вашу PHI

Мы принимаем меры, чтобы предотвратить несанкционированный доступ к вашим документам и записям.

За исключением случаев, указанных ниже, мы не передаем вашу PHI никому кроме лиц, предоставляющих вам услуги или оплачивающих их. Если нам необходимо это сделать, мы должны вначале получить ваше письменное разрешение. Дать письменное разрешение можете вы или лицо, имеющее законное право принимать решения за вас.

В некоторых случаях нам не нужно получать ваше письменное разрешение. Такие исключения разрешены или требуются по закону:

- Мы обязаны раскрывать PHI государственным органам, которые проверяют качество обслуживания нашего плана страхования.
- Мы можем раскрыть PHI по решению суда, но только в том случае, если это разрешено законодательством штата California.
- Мы обязаны предоставлять вашу PHI программе Medicare, в том числе информацию о ваших лекарствах по программе Medicare Part D. Если программа Medicare раскрывает вашу PHI в целях исследования или в других целях, это делается в соответствии с федеральным законодательством. Если мы предоставляем вашу информацию программе Medi-Cal, это также делается в соответствии с федеральным законодательством и законами штата.

C2. Ваше право ознакомиться со своими медицинскими документами

- Вы имеете право просматривать свою медицинскую документацию и получать копии такой документации. Мы можем взимать плату за создание копий вашей медицинской документации.
- Вы имеете право просить нас дополнить или исправить ваши медицинские документы. Если вы просите нас это сделать, мы совместно с вашим поставщиком медицинских услуг решим, требуется ли вносить в документы изменения.
- Вы имеете право знать, предоставляем ли мы вашу PHI третьей стороне в целях, отличных от рутинных, и каким образом это делается.

Если у вас возникли вопросы или опасения по поводу конфиденциальности вашей PHI, позвоните в отдел обслуживания участников плана.

Вы имеете право на уважительное и достойное отношение, включая соблюдение вашего права на тайну личной жизни. Чтобы узнать больше о процедурах защиты устной, письменной и электронной информации о вас, а также о ваших правах, вы можете в любой момент изучить Уведомление о соблюдении конфиденциальности, доступное по адресу go.wellcare.com/HealthNetCA.

D. Наша обязанность предоставлять вам информацию

Как участник нашего плана страхования вы имеете право получать от нас информацию о нашем плане, сетевых поставщиках услуг, ваших правах и обязанностях как участника, а также о доступных вам покрываемых услугах.

Если у вас возникли вопросы о нашем плане страхования, при этом вы не говорите на английском языке, вам доступны услуги переводчика. Для получения услуг переводчика позвоните в отдел обслуживания участников плана. Данная услуга бесплатна для вас.

- По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Такой запрос называется «постоянно действующим». Мы внесем ваш выбор в свою документацию.
- Для подачи или изменения постоянно действующего запроса либо подачи однократного запроса позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, указанному в нижней части страницы.

Мы также можем предоставить вам информацию крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи.

Если вам нужна информация по любому из следующих вопросов, позвоните в отдел обслуживания участников плана:

- Как выбрать или сменить план страхования
- Наш план страхования, в том числе:
  - финансовая информация
  - как участники плана оценивают нашу работу
  - число апелляций, поданных участниками плана
  - как выйти из нашего плана
- Наши сетевые поставщики услуг и аптеки, в том числе:
  - как выбрать или сменить поставщика первичного медицинского обслуживания
  - квалификации наших сетевых поставщиков услуг и аптек
  - как мы платим нашим сетевым поставщикам услуг
- Покрываемые услуги и лекарственные препараты, в том числе:
  - покрываемые нашим планом услуги (см. **главы 3 и 4** настоящего *Справочника участника плана*) и лекарственные препараты (см. **главы 5 и 6** настоящего *Справочника участника плана*)
  - ограничения в отношении страхового покрытия и лекарственных препаратов
  - правила, которые необходимо соблюдать для получения покрываемых услуг и лекарственных препаратов
- Причины, по которым что-либо не покрывается, и доступные вам в связи с этим действия (см. **главу 9** настоящего *Справочника участника плана*), в том числе подача нам запроса с целью:
  - получить письменное разъяснение причин, по которым что-либо не покрывается
  - изменить принятое нами решение
  - оплатить выставленный вам счет

E. Невозможность для сетевых поставщиков услуг выставлять вам счета напрямую

Врачи, больницы и другие поставщики услуг из нашей сети не могут взыскивать с вас плату за покрываемые услуги. Они также не могут выставлять счет на остаток суммы или взимать с вас плату, если мы платим меньше, чем запрашивает поставщик услуг. Подробнее о порядке действий в случае, если сетевой поставщик услуг пытается взыскать с вас плату за покрываемые услуги, см. в **главе 7** настоящего *Справочника участника плана*.

F. Ваше право выйти из нашего плана страхования

Никто не может заставить вас оставаться участником нашего плана страхования против вашего желания.

- Вы имеете право получать большую часть медицинских услуг через программу Original Medicare или другой план Medicare Advantage (MA).
- Вы можете получать страховое покрытие лекарств в рамках Medicare Part D через план покрытия лекарств или другой план MA.
- См. **главу 10** настоящего *Справочника участника плана*:
    - Для получения дополнительной информации о том, когда вы можете вступить в новый план MA или план покрытия лекарств.
    - Для получения информации о том, как вы будете получать услуги по программе Medi-Cal в случае выхода из нашего плана страхования.

G. Ваше право принимать решения о вашем медицинском обслуживании

Вы имеете право получать полную информацию от своих врачей и других поставщиков медицинских услуг, которая поможет вам принимать решения относительно вашего медицинского обслуживания.

G1. Ваше право знать доступные вам варианты лечения и принимать решения

Ваши поставщики услуг обязаны предоставлять вам информацию о вашем состоянии и вариантах лечения в понятной для вас форме. Вы имеете право:

- **Знать о доступных вам вариантах лечения.** Вы имеете право получать информацию обо всех вариантах лечения.
- **Знать о существующих рисках.** Вы имеете право получать информацию о любых возможных рисках. Мы должны заранее сообщить вам, если какая-либо услуга или лечение являются частью клинического исследования. Вы имеете право отказаться от экспериментального лечения.
- **Получить независимое заключение другого специалиста.** Вы имеете право обратиться к другому врачу, прежде чем соглашаться на предложенное лечение.
- **Отказаться.** Вы имеете право отказаться от любого лечения. Сюда также относится право покинуть больницу или другое медицинское учреждение, даже если врач не советует вам это делать. Вы имеете право прекратить прием назначенного вам лекарства. Если вы отказываетесь от лечения или прекращаете прием назначенного вам лекарства, это никак не повлияет на ваше участие в нашем плане. Однако, если вы отказываетесь от лечения или прекращаете принимать лекарство, вы принимаете на себя полную ответственность за последствия вашего решения.
- **Просить нас объяснить причину отказа поставщика услуг предоставить обслуживание.** Вы имеете право получить от нас объяснение причин, по которым поставщик услуг отказался предоставить обслуживание, которые вы, по вашему мнению, должны получить.
- **Просить нас покрыть услугу или лекарство, в покрытии которых вам было отказано либо которые обычно не покрываются.** Это называется решением о страховом покрытии. **Глава 9** настоящего *Справочника участника плана* содержит сведения о том, как запросить решение о страховом покрытии.

G2. Ваше право определить порядок действий на случай, если вы не сможете самостоятельно принимать решения о медицинском обслуживании

Иногда люди теряют возможность самостоятельно принимать решения, касающиеся медицинского обслуживания. Вы можете заблаговременно предпринять меры на такой случай:

- Заполните письменную форму **о предоставлении другому лицу права принимать медицинские решения за вас**, если вы когда-нибудь утратите способность самостоятельно принимать решения.

- **Дайте врачам письменные указания** в отношении вашего медицинского обслуживания на случай, если вы утратите способность принимать решения самостоятельно, включая **отказ** от какого-то вида медицинской помощи.

Юридический документ, посредством которого вы можете дать соответствующие указания, называется «предварительным распоряжением». Предварительные распоряжения бывают различных типов и называются по-разному. Примерами служат прижизненное волеизъявление и доверенность на распоряжение медицинским обслуживанием.

Вы не обязаны составлять предварительное распоряжение, но вы можете это сделать. Порядок действий для составления предварительного распоряжения:

- **Получите форму.** Форму можно получить у своего врача, юриста, социального работника или в некоторых магазинах канцелярских товаров. Формы зачастую имеются в аптеках и приемных поставщиков услуг. Вы можете найти и загрузить бесплатную форму онлайн.

- **Заполните и подпишите форму.** Форма представляет собой юридический документ. Рассмотрите возможность обратиться за помощью с заполнением формы к юристу или человеку, которому вы доверяете, например, к члену семьи или PCP.

- **Предоставьте экземпляры формы людям, которые должны о ней знать.** Предоставьте экземпляр формы своему врачу. Предоставьте также экземпляр формы лицу, которого вы уполномочили 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 вас госпитализируют и если вы уже подписали предварительное распоряжение, **возьмите экземпляр этого документа с собой в больницу**.
    - В больнице вас спросят, подписали ли вы форму предварительного распоряжения и есть ли она у вас с собой.
    - Если вы еще не подписывали форму предварительного распоряжения, в больнице вам предложат при желании заполнить и подписать такую форму.

Вы имеете право:

- Добавить свое предварительное распоряжение в медицинскую документацию.
- В любое время внести изменения в свое предварительное распоряжение или отменить его.

- Знать об изменениях в законодательстве о предварительных распоряжениях. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNPP) сообщит вам об изменениях в законодательстве штата не позднее чем через 90 дней после внесения изменений.

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

G3. Что делать, если ваши указания не выполняются

Если вы подписали предварительное распоряжение и считаете, что врач или больница не выполняли данные вами указания, вы можете подать жалобу в местное управление Office for Civil Rights.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Вы можете позвонить в Office for Civil Rights по номеру 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

H. Ваше право подавать жалобы и просить нас пересмотреть наши решения

Глава 9 настоящего *Справочника участника плана* содержит сведения о доступных вам действиях на случай, если у вас возникли проблемы или вопросы о ваших покрываемых услугах или медицинском обслуживании. Например, вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии, подать апелляцию с требованием изменить решение о страховом покрытии или подать жалобу.

Вы имеете право получать информацию об апелляциях и жалобах, поданных нам другими участниками плана. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы получить такую информацию.

H1. Что делать в случае несправедливого отношения и как получить дополнительную информацию о ваших правах

Если вы считаете, что мы обращались с вами несправедливо, и это **не связано** с дискриминацией по причинам, приведенным в **главе 11** настоящего *Справочника участника плана*, либо если вам необходима дополнительная информация о ваших правах, вы можете позвонить в следующие организации:

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

- Отдел обслуживания участников плана.
- Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) по номеру 1-800-434-0222 (TTY: 1-800-735-2929). Подробнее о HICAP см. в **главе 2** настоящего *Справочника участника плана*.
- Омбудсмен Medi-Cal по номеру 1-888-452-8609. Подробнее об этой программе см. в **главе 2** настоящего *Справочника участника плана*.
- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. (Вы также можете прочитать или загрузить документ «Права и средства защиты Medicare» (Medicare Rights & Protections) на веб-сайте Medicare по адресу www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Ваши обязанности как участника плана

Как участник плана вы обязаны соблюдать перечисленные ниже правила. Если у вас возникли какие-то вопросы, позвоните в отдел обслуживания участников плана.

- **Изучите настоящий *Справочник участника плана,*** чтобы ознакомиться с объемом покрытия в рамках нашего плана страхования и правилами, соблюдение которых необходимо для получения покрываемых услуг и лекарств. Подробнее о доступных вам:
  - Покрываемых услугах см. в **главах 3 и 4** настоящего *Справочника участника плана*. В этих главах рассказывается, что входит и не входит в страховое покрытие, какие правила нужно соблюдать и какова будет сумма ваших расходов.
  - Покрываемых лекарствах см. в **главах 5 и 6** настоящего *Справочника участника плана*.
- **Сообщайте нам о любых других имеющихся у вас медицинских страховках и страховом покрытии** лекарств. Мы должны быть уверены, что при получении медицинского обслуживания вы используете все доступные вам варианты страхового покрытия. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, если у вас есть другая страховка.
- **Сообщайте своему врачу и другим поставщикам медицинских услуг** об участии в нашем плане страхования. Предъявляйте свою ID-карту участника плана, когда получаете услуги или лекарства.

- **Помогайте своим врачам** и другим поставщикам медицинских услуг оказывать вам наилучшую медицинскую помощь.
    - Сообщайте им все необходимые сведения о себе и своем здоровье. Узнавайте как можно больше об имеющихся у вас проблемах со здоровьем. Следуйте планам лечения и предписаниям, согласованным с вашими поставщиками услуг.
    - Сообщайте своим врачам и другим поставщикам услуг обо всех лекарствах, которые вы принимаете. Это правило касается лекарств, безрецептурных лекарств, витаминов и пищевых добавок.
    - Задавайте все возникающие у вас вопросы. Вы несете ответственность за то, чтобы вникать в суть своих медицинских проблем и устанавливать цели лечения совместно со своим врачом. Ваши врачи и другие поставщики услуг должны давать вам понятные ответы и объяснения. Если вы не понимаете ответ на вопрос, задайте вопрос еще раз.
- **Сотрудничайте со своим координатором медицинского обслуживания**, включая заполнение анкеты в рамках ежегодной оценки состояния здоровья.
- **Будьте тактичны.** Мы ожидаем, что все участники плана будут уважать права других людей. Мы также ожидаем, что вы будете вести себя достойно в приемной своего врача, в больнице и в приемных других поставщиков услуг.
- **Оплачивайте то, что вы обязаны оплатить.** Как участник плана вы несете ответственность за следующие платежи:
    - Страховые взносы по программам Medicare Part A и Medicare Part B. Для большинства участников плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) программа Medi-Cal оплачивает страховые взносы по программам Medicare Part A и Medicare Part B.
    - **Если вы получаете какие-либо услуги или лекарства, которые не покрываются нашим планом, вы должны оплатить их полную стоимость.** (**Примечание.** Если вы не согласны с нашим решением не покрывать услугу или лекарство, вы можете подать апелляцию. Порядок подачи апелляции см. в **главе 9**.)
- **Сообщайте нам о переезде на новое место жительства.** Если вы планируете переезд, сообщите нам об этом как можно скорее. Позвоните в отдел обслуживания участников плана.

- **Если вы переезжаете за пределы нашей зоны обслуживания, вы не можете продолжать быть участником нашего плана.** Участниками этого плана страхования могут быть только лица, проживающие в нашей зоне обслуживания. **Глава 1** настоящего *Справочника участника плана* содержит сведения о нашей зоне обслуживания.
- Мы готовы помочь вам выяснить, находится ли ваше новое место жительства за пределами нашей зоны обслуживания. Во время особого периода регистрации вы можете перейти в программу Original Medicare либо вступить в план медицинского страхования или план покрытия лекарств Medicare по новому месту жительства. Мы можем сообщить вам, предлагаем ли мы какой-либо план страхования по вашему новому месту жительства.
- При переезде сообщайте о своем новом адресе программам Medicare и Medi-Cal. Номера телефонов программ Medicare и Medi-Cal см. в **главе 2** настоящего *Справочника участника плана*.
- **Если вы переезжаете и при этом остаетесь в пределах нашей зоны обслуживания, все равно сообщите нам о переезде.** Нам необходимо поддерживать актуальность ваших данных об участии в плане страхования, а также знать ваши контактные данные.
- **В случае переезда уведомите Службу социального обеспечения (или Совет по вопросам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта).**

- **Сообщайте нам, если у вас появился новый номер телефона** или лучший способ связаться с вами.
- **Позвоните в отдел обслуживания участников плана, если у вас возникли вопросы или трудности.**

J. Вы имеете право вносить предложения относительно прав участников нашего плана и нашей политики в отношении ответственности

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

K. Оценка новых технологий

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

При отсутствии заключения о страховом покрытии наш план оценивает новые технологии или новые способы применения существующих технологий на предмет возможности включения новых типов терапии или лечения в страховое покрытие по плану. С целью обеспечить участникам доступ к безопасному и эффективному лечению наш план страхования изучает следующую документацию:

- 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.
- руководства, основанные на доказательных данных и разрабатываемые национальными организациями и уполномоченными органами.
- 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.
- отчеты и публикации государственных учреждений (например, управления Food and Drug Administration (FDA), Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC) и Национальных институтов здравоохранения (NIH)).

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

Введение

В этой главе содержится информация о ваших правах. Изучите эту главу, чтобы узнать порядок действий в одной из следующих ситуаций:

- У вас возникла проблема или жалоба в отношении нашего плана страхования.
- Вам требуется услуга, товар или лекарство, которые наш план отказывается оплачивать.
- Вас не удовлетворяет решение, принятое нашим планом в отношении вашего обслуживания.
- Вы считаете, что страховое покрытие ваших услуг заканчивается слишком скоро.
- У вас возникла проблема или жалоба в отношении долгосрочного обслуживания и поддержки, включая услуги для взрослых пациентов по месту жительства (CBAS) и услуги учреждения сестринского ухода (NF).

Для упрощения поиска нужной информации эта глава разбита на разделы. **При наличии проблемы или вопроса ознакомьтесь с теми разделами данной главы, которые относятся к вашей ситуации.**

Вы должны получать медицинское обслуживание, лекарства, а также долгосрочное обслуживание и поддержку, которые ваш врач и другие поставщики услуг считают необходимым элементом вашего плана медицинского обслуживания. **Если у вас возникла проблема с медицинским обслуживанием, вы можете обратиться за помощью в программу омбудсменов Medicare Medi-Cal, позвонив по номеру 1-855-501-3077.** Варианты действий в случае различных проблем и жалоб разъясняются в этой главе, но вы также всегда можете позвонить в программу омбудсменов и попросить помощи в решении проблемы. Дополнительные ресурсы для решения ваших вопросов и способы связи с ними перечислены в **главе 2** *Справочника участника плана*.

Содержание

A. Порядок действий при наличии проблемы или вопроса 272
A1. Юридическая терминология 273
B. Где получить помощь 273
B1. Для получения дополнительной информации и помощи 273
C. Понимание разницы при подаче жалоб и апелляций по программам Medicare и Medi-Cal через наш план 275
D. Проблемы, связанные со страховым покрытием 276
E. Решения о страховом покрытии и апелляции 276
E1. Решения о страховом покрытии 276
E2. Апелляции 277
E3. Помощь в отношении решений о страховом покрытии и апелляций 278
E4. Какой раздел данной главы может вам помочь 279
F. Медицинское обслуживание 279
F1. Использование этого раздела 280
F2. Запрос решения о страховом покрытии 281
F3. Подача апелляции 1-го уровня 284
F4. Подача апелляции 2-го уровня 288
F5. Проблемы, связанные с оплатой 296
G. Лекарства по программе Medicare Part D 297
G1. Решения о страховом покрытии по программе Medicare Part D и апелляции 298
G2. Исключения в рамках Medicare Part D 299
G3. Что важно знать о запросах на исключение 302
G4. Запрос на решение о страховом покрытии, включая запрос на исключение 302

G5. Подача апелляции 1-го уровня....305
G6. Подача апелляции 2-го уровня....308
H. Запрос на покрытие более длительного пребывания в больнице....310
H1. Ваши права в качестве участника программы Medicare....311
H2. Подача апелляции 1-го уровня....312
H3. Подача апелляции 2-го уровня....314
I. Запрос на дальнейшее покрытие определенных медицинских услуг....315
I1. Предварительное уведомление до окончания вашего покрытия....316
I2. Подача апелляции 1-го уровня....316
I3. Подача апелляции 2-го уровня....319
J. Апелляции уровней выше 2-го....320
J1. Что можно предпринять дальше, когда речь идет об услугах и товарах, покрываемых по программе Medicare....320
J2. Дополнительные уровни подачи апелляции Medi-Cal....321
J3. 3-й, 4-й и 5-й уровни апелляции по поводу запросов на лекарства по программе Medicare Part D....322
K. Порядок подачи жалобы....323
K1. В случае каких проблем нужно подавать жалобу....323
K2. Внутренние жалобы....325
K3. Жалобы в другие организации....327

A. Порядок действий при наличии проблемы или вопроса

В этой главе объясняются способы урегулирования проблем и вопросов. Порядок действий зависит от типа проблемы. Один порядок действий используется для **запроса решений о страховом покрытии и подачи апелляций**, а другой — для **подачи жалоб** (также называются претензиями).

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

Для обеспечения объективности и своевременного рассмотрения для каждого из этих порядков действий предусмотрен ряд правил, процедур и сроков, которые являются обязательными и для нас, и для вас.

A1. Юридическая терминология

В этой главе упоминаются юридические термины для некоторых правил и сроков. Многие из этих терминов сложны для понимания, поэтому мы стараемся их избегать и используем по возможности более простой язык. Мы стараемся как можно реже использовать сокращения.

Например, мы используем следующие фразы:

- «Подача жалобы» вместо фразы «обращение с претензией»
- «Решение о страховом покрытии» вместо фраз «заключение организации», «заключение в отношении услуги», «заключение об отнесении в группу риска» или «заключение о страховом покрытии»
- «Срочное решение о страховом покрытии» вместо фразы «ускоренное заключение»
- «Независимая экспертная организация» (IRO) вместо фразы «независимый экспертный субъект» (IRE)

Знание точных юридических терминов может помочь вам лучше объяснить ситуацию, поэтому мы указываем и их.

B. Где получить помощь

B1. Для получения дополнительной информации и помощи

Иногда бывает сложно разобраться, с чего начать или что делать, чтобы решить проблему. Это тем более так, если человек болен или ослаблен. В других случаях вам может не хватать информации для того, чтобы предпринять следующее действие.

Помощь в рамках нашего плана

Вы можете позвонить по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711), чтобы получить помощь в решении проблемы или ответы на вопросы по нашему плану.

Помощь от Программы консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов

Вы можете позвонить в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) по номеру 1-800-434-0222. Вы также можете посетить их веб-сайт https://www.aging.ca.gov/hicap/. Работающие в программе HICAP консультанты ответят на ваши вопросы и помогут понять, что делать в случае проблемы. Программа HICAP никак не связана ни с нами, ни с какой-либо другой страховой компанией или планом медицинского страхования. Обученные консультанты программы HICAP имеются в каждом округе, и услуги предоставляются бесплатно. Номер телефона программы HICAP: 1-800-434-0222.

Помощь от программы омбудсменов Medicare Medi-Cal

Вы можете позвонить в программу омбудсменов Medicare Medi-Cal и обсудить с защитником ваших интересов вопросы о вашем страховом покрытии. Сотрудники могут предложить вам бесплатную юридическую помощь. Программа омбудсменов никак не связана ни с нами, ни с какой-либо другой страховой компанией или планом медицинского страхования. Номер телефона программы: 1-855-501-3077; веб-сайт: www.healthconsumer.org.

Помощь и информация от программы Medicare

Для получения дополнительной информации и помощи вы можете обратиться в Medicare. Ниже указаны два способа получения помощи от Medicare:

- Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Посетите веб-сайт Medicare (www.medicare.gov).

Помощь от Департамента здравоохранения штата California

Вам может помочь омбудсмен в рамках программы Medi-Cal Managed Care Департамента здравоохранения (DHCS) штата California. Вам могут оказать помощь при возникновении проблем со вступлением в план медицинского страхования, его сменой или выходом из него. Вам также помогут в случае вашего переезда, если у вас возникли затруднения при переходе в план Medi-Cal в вашем новом округе. Вы можете позвонить омбудсмену с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. по номеру 1-888-452-8609 (TTY: 711).

Помощь от Департамента управляемого медицинского обслуживания штата California

Обратитесь в Департамент управляемого медицинского обслуживания (DMHC) штата California для получения бесплатной помощи. Департамент DMHC регулирует работу

планов медицинского страхования. Департамент DMHC помогает подавать апелляции по поводу услуг в рамках Medi-Cal или в случае проблем со счетами. Номер телефона: **1-888-466-2219**. Лица с глухотой, нарушениями слуха или речи могут использовать бесплатный номер TDD: **1-877-688-9891**. Вы также можете посетить веб-сайт департамента DMHC по адресу **www.dmhc.ca.gov**.

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата California регулирует работу планов медицинского страхования. Если у вас есть претензия к вашему плану медицинского страхования, сначала позвоните в план по номеру **1-800-431-9007 (TTY: 711)** и воспользуйтесь процедурой подачи претензий, предусмотренной вашим планом страхования, прежде чем обращаться в департамент. Использование такой процедуры подачи претензий не лишает вас никаких законных прав и имеющихся у вас средств правовой защиты. Если вам нужна помощь по поводу претензии, касающейся экстренной ситуации, претензии, на которую план медицинского страхования ответил отказом, или претензии, оставшейся без ответа в течение более 30 дней, вы можете обратиться за помощью в департамент. Кроме того, у вас может быть право на независимую медицинскую экспертизу (IMR). Если вы имеете право на независимую медицинскую экспертизу (IMR), то в рамках экспертизы IMR вы получите независимую оценку медицинских решений, принятых планом страхования в отношении необходимости запрашиваемой услуги или лечения по медицинским показаниям, решений о страховом покрытии экспериментального либо проходящего клинические испытания лечения, а также споров об оплате экстренной или неотложной медицинской помощи. Вы также можете обратиться в департамент по бесплатному номеру телефона (**1-888-466-2219**) или по линии TDD (**1-877-688-9891**) для лиц с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте департамента в сети Интернет **www.dmhc.ca.gov** представлены онлайн-формы для подачи жалобы, формы заявки на проведение IMR и инструкции по их заполнению.

C. Понимание разницы при подаче жалоб и апелляций по программам Medicare и Medi-Cal через наш план

Вы участвуете как в программе Medicare, так и в программе Medi-Cal. Приведенная в данной главе информация относится ко **всем** доступным вам покрываемым услугам в рамках Medicare и Medi-Cal Managed Care. Иногда такой подход называют «интегрированным», поскольку он объединяет, т. е. интегрирует процессы Medicare и Medi-Cal.

В некоторых случаях процессы Medicare и Medi-Cal не могут быть объединены. В таких ситуациях для получения страхового покрытия по программе Medicare используется один порядок действий, а по программе Medi-Cal — другой. **Раздел F4** содержит разъяснение таких ситуаций.

D. Проблемы, связанные со страховым покрытием

При наличии проблемы или вопроса ознакомьтесь с теми разделами данной главы, которые относятся к вашей ситуации. Таблица ниже поможет вам найти нужный вам раздел этой главы, посвященный вашей проблеме или жалобе.

Связана ли ваша проблема или вопрос с покрываемыми услугами или страховым покрытием? Сюда относятся проблемы, связанные с тем, покрывается ли конкретное медицинское обслуживание (медицинские товары, услуги и/или лекарства по программе Часть B), каким образом оно покрывается, а также проблемы с оплатой медицинского обслуживания.	
Да. Моя проблема связана с покрываемыми услугами или страховым покрытием. См. **раздел E**: «Решения о страховом покрытии и апелляции».	**Нет.** Моя проблема не касается покрываемых услуг или страхового покрытия. См. **раздел K**: «Порядок подачи жалобы».

E. Решения о страховом покрытии и апелляции

Порядок действий при запросе решения о страховом покрытии и подаче апелляции используется в случае возникновения проблем, связанных с покрываемыми услугами и страховым покрытием вашего медицинского обслуживания (услуги, товары и лекарства по программе Часть B, в том числе их оплата). Для простоты понимания мы обычно называем медицинские товары, услуги и лекарства по программе Часть B медицинским обслуживанием. Используйте процедуры принятия решения о страховом покрытии и подачи апелляции, когда не уверены в наличии или характере покрытия какой-либо услуги или товара.

E1. Решения о страховом покрытии

Решение о страховом покрытии — это решение, которое мы принимаем в отношении ваших льгот и страхового покрытия либо в отношении суммы, которую мы выплачиваем за ваши медицинские услуги или лекарства. Вы или ваш врач также можете связаться с нами и запросить решение о страховом покрытии. Вы или ваш врач можете быть не уверены, покрываем ли мы конкретную медицинскую услугу или можем ли отказаться предоставить медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, вам необходимо.

Если вы хотите узнать, будем ли мы покрывать медицинскую услугу, прежде чем вы ее получите, вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии.

Мы принимаем решение о страховом покрытии по результатам рассмотрения запроса на получение услуги или страхового требования. В некоторых случаях мы можем решить, что услуга или лекарство не покрываются или более не покрываются для вас программой Medicare или Medi-Cal. Если вас не удовлетворяет такое решение о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию.

E2. Апелляции

Если мы принимаем решение о страховом покрытии и вас оно не устраивает, вы можете обжаловать такое решение, подав «апелляцию». Апелляция — это официальный способ обратиться к нам с запросом пересмотреть и изменить принятое нами решение о страховом покрытии.

Первоначальное обжалование решения называется апелляцией 1-го уровня. В ходе такого обжалования мы анализируем принятое нами решение о страховом покрытии и проверяем, все ли правила были соблюдены нами надлежащим образом. Ваша апелляция рассматривается другими специалистами, а не теми, кто принимал первоначальное неблагоприятное решение.

В большинстве случаев вам нужно начинать с апелляции 1-го уровня. Если ваша проблема со здоровьем требует неотложной помощи, является непосредственной и серьезной угрозой для вашего здоровья или вы чувствуете сильную боль и нуждаетесь в более быстром принятии решения, вы можете обратиться в Департамент управляемого медицинского обслуживания через веб-сайт www.dmhc.ca.gov с просьбой провести независимую медицинскую экспертизу (IMR). Дополнительную информацию см. в **разделе F4**.

По окончании рассмотрения мы сообщаем вам о своем решении. При определенных обстоятельствах, о которых будет рассказано далее в этой главе, вы можете запросить ускоренное или «срочное решение о страховом покрытии» либо «срочную апелляцию» в связи с решением о страховом покрытии.

Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо. Если ваша проблема связана со страховым покрытием медицинского обслуживания в рамках Medicare, то в письме мы сообщим, что отправили ваше дело в независимую экспертную организацию (IRO) для рассмотрения апелляции 2-го уровня. Если ваша проблема связана со страховым покрытием услуги или товара в рамках Medicare Part D или Medicaid, то в письме мы сообщим, как подать апелляцию 2-го уровня самостоятельно. Дополнительную информацию об апелляциях 2-го уровня см. в **разделе F4**.

Если вас не устраивает решение по апелляции 2-го уровня, у вас может иметься возможность продолжить попытки обжалования на дополнительных уровнях.

E3. Помощь в отношении решений о страховом покрытии и апелляций

Вы можете обратиться за помощью в любую из следующих организаций:

- **Отдел обслуживания участников плана** по номерам, указанным в нижней части страницы.
- **Программа омбудсменов Medicare Medi-Cal по номеру 1-855-501-3077.**
- **Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP)** по номеру 1-800-434-0222.
- **Справочная служба Департамента управляемого медицинского обслуживания (DMHC)**, где вам предоставят бесплатную помощь. Департамент DMHC помогает подавать апелляции по поводу услуг в рамках Medi-Cal или в случае проблем со счетами. Номер телефона: 1-888-466-2219. Лица с глухотой, нарушениями слуха или речи могут использовать бесплатный номер TDD: 1-877-688-9891. Вы также можете посетить веб-сайт департамента DMHC по адресу www.dmhc.ca.gov. Департамент DMHC готов оказать помощь участникам планов Managed Medi-Cal, однако помощь не предусмотрена для участников только планов Medicare, а также участников систем организованного здравоохранения на уровне округа County Organized Health Systems (COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health и CalOptima. Федеральное правительство регулирует работу планов Medicare, в то время как планы COHS регулируются Департаментом здравоохранения.
- **Ваш врач или другой поставщик услуг**. Ваш врач или другой поставщик услуг могут запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию от вашего имени.
- **Друг или член семьи**. Вы можете назначить другого человека своим представителем, который может от вашего имени запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию.
- **Адвокат**. У вас есть право на адвоката, но **вы не обязаны иметь адвоката** для подачи запроса на предоставление решения о страховом покрытии или подачи апелляции.
    - Позвоните своему адвокату или запросите имя доступного адвоката в местной адвокатской коллегии или другой справочной службе. Кроме того, существуют

юридические группы, предоставляющие бесплатную юридическую помощь, если вы имеете на нее право.

- Запросите юридическую консультацию, обратившись в программу омбудсменов Medicare Medi-Cal по номеру 1-855-501-3077.

Заполните форму назначения представителя, если хотите, чтобы вас представлял адвокат или другой человек. Заполненная и подписанная форма позволяет вашему представителю действовать от вашего имени.

Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы, и запросите форму назначения представителя. Вы также можете загрузить форму с веб-сайта www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или с нашего веб-сайта по адресу https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html. **Вы должны предоставить нам копию подписанной формы.**

E4. Какой раздел данной главы может вам помочь

Существует четыре типа ситуаций, которые затрагивают решения о страховом покрытии и апелляции. Для каждой ситуации предусмотрены разные правила и сроки. В тех или иных разделах данной главы представлена подробная информация для каждой такой ситуации. См. соответствующий раздел:

- **Раздел F** «Медицинское обслуживание»
- **Раздел G** «Лекарства по программе Medicare Part D»
- **Раздел H** «Запрос на покрытие более длительного пребывания в больнице»
- **Раздел I** «Запрос на дальнейшее покрытие определенных медицинских услуг» (этот раздел относится только к следующим услугам: медицинский уход на дому, обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода и услуги центра комплексной амбулаторной реабилитации (CORF))

Если вы не уверены, к какому разделу обращаться, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы.

F. Медицинское обслуживание

В этом разделе разъясняются действия, которые необходимо предпринять в случае, если у вас возникают проблемы с получением страхового покрытия медицинского обслуживания или если вы хотите, чтобы мы возместили вам нашу долю стоимости обслуживания. Информацию о порядке запроса более длительного пребывания в больнице см. в **разделе H**.

Этот раздел посвящен покрытию медицинского обслуживания, перечисленного в таблице страхового покрытия, представленной в **главе 4** настоящего *Справочника участника плана*. В некоторых случаях в отношении лекарств по программе Medicare Part B могут действовать иные правила. В такой ситуации мы будем разъяснять, как правила в отношении лекарств по программе Medicare Part B отличаются от правил, действующих для медицинских услуг и товаров.

F1. Использование этого раздела

В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в любой из следующих ситуаций:

1. Вы считаете, что мы покрываем необходимое вам медицинское обслуживание, но вы это обслуживание не получаете.

Что вы можете сделать: вы можете попросить нас принять решение о страховом покрытии. См. **раздел F2**.

2. Мы не одобрили медицинское обслуживание, которое ваш врач или другой поставщик медицинских услуг хочет вам предоставить, и вы считаете, что мы должны это сделать.

Что вы можете сделать: вы можете обжаловать наше решение. См. **раздел F3**.

3. Вы получили медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, мы покрываем, но мы отказываемся оплатить его.

Что вы можете сделать: вы можете обжаловать наше решение с отказом платить. См. **раздел F5**.

4. Вы получили и оплатили медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, мы покрываем, и хотите, чтобы мы возместили расходы.

Что вы можете сделать: вы можете попросить нас возместить ваши расходы. См. **раздел F5**.

5. Мы сократили объем или прекратили покрытие определенного медицинского обслуживания для вас, и вы считаете, что наше решение может навредить вашему здоровью.

Что вы можете сделать: вы можете обжаловать наше решение о сокращении или прекращении медицинского обслуживания. См. **раздел F4**.

- Если страховое покрытие касается услуг лечения в больнице, медицинского ухода на дому, обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода или услуг центра CORF, применяются особые правила. Подробнее см. в **разделе H** или **разделе I**.

- Для всех прочих ситуаций, связанных с сокращением объема или прекращением покрытия определенного медицинского обслуживания, используйте в качестве руководства данный раздел (**раздел F**).

6. Необходимое вам обслуживание предоставляется с задержкой, либо вы не можете найти врача.

Что вы можете сделать: вы можете подать жалобу. См. **раздел K2**.

F2. Запрос решения о страховом покрытии

> Когда решение о страховом покрытии затрагивает ваше медицинское обслуживание, такое решение называется **интегрированным заключением организации**.

Вы, ваш врач или ваш представитель можете запросить у нас решение о страховом покрытии следующими способами:

- позвонив по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.
- отправив сообщение по факсу по номеру 1-844-222-3180.
- написав по адресу: Medical Management
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

Стандартное решение о страховом покрытии

При вынесении нашего решения мы будем использовать стандартные сроки, если только мы не согласились на ускоренные сроки. Стандартное решение о страховом покрытии подразумевает, что мы предоставим вам ответ в следующие сроки:

- **в течение пяти рабочих дней,** но не позднее чем через **семь календарных дней** с момента получения вашего запроса **относительно медицинской услуги или товара, для которых действуют правила получения предварительного разрешения.**
- **в течение пяти рабочих дней,** но не позднее чем через **14 календарных дней** с момента получения вашего запроса **относительно всех прочих медицинских услуг или товаров**.

- **в течение 72 часов** с момента получения вашего запроса **относительно лекарства по программе Medicare Part B**.

Для получения медицинского изделия или услуги нам может потребоваться еще до 14 календарных дней, если мы запросим дополнительное время или нам потребуется дополнительная информация, которая может принести вам пользу (например, медицинская документация от внесетевых поставщиков услуг). Если нам понадобится дополнительное время для принятия решения, мы сообщим вам об этом в письменной форме. **Если ваш запрос касается лекарства по программе Medicare Part B, мы не можем продлить срок принятия решения.**

Если вы считаете, что мы **не должны** использовать дополнительные дни, вы можете подать «срочную жалобу» на наше решение использовать дополнительные дни. Когда вы подаете срочную жалобу, мы предоставим вам ответ на нее в течение 24 часов. Процедура подачи жалобы отличается от процедуры подачи запросов относительно принятия решения о страховом покрытии и апелляций. Дополнительную информацию о порядке подачи жалобы, включая срочную жалобу, см. в **разделе K**.

Срочное решение о страховом покрытии

> Юридический термин для срочного решения о страховом покрытии — **«ускоренное заключение»**.

Если вы запрашиваете у нас решение о страховом покрытии относительно медицинского обслуживания, требующего быстрого ответа, следует подать запрос на «срочное решение о страховом покрытии». Срочное решение о страховом покрытии означает, что мы предоставим вам ответ:

- **в течение 72 часов** с момента получения вашего запроса **относительно медицинской услуги или товара**.
- **в течение 24 часов** с момента получения вашего запроса **относительно лекарства по программе Medicare Part B**.

В случае медицинского изделия или услуги мы можем взять до 14 дополнительных календарных дней, если обнаружим, что отсутствует информация, которая может быть вам полезна (например, медицинская документация от поставщиков, не входящих в сеть плана), или если вам нужно время, чтобы предоставить нам информацию для рассмотрения. Если нам понадобится дополнительное время для принятия решения, мы сообщим вам об этом в письменной форме. **Если ваш запрос касается лекарства по программе Medicare Part B, мы не можем продлить срок принятия решения.**

Если вы считаете, что нам **не нужно** тратить дополнительные дни на принятие решения о страховом покрытии, вы можете подать «срочную жалобу» на наше решение

использовать дополнительные дни. Для получения дополнительной информации о подаче жалобы, включая срочную жалобу, см. **раздел K**. Мы позвоним вам, как только примем решение.

Для получения срочного решения о страховом покрытии должны быть выполнены два требования:

- Вы запрашиваете страховое покрытие медицинских товаров и/или услуг, которые вы **еще не получили.** Вы не можете запросить срочное решение о страховом покрытии медицинских товаров или услуг, которые уже получили.
- Использование стандартных сроков **может стать причиной серьезного ущерба вашему здоровью** или дееспособности.

Мы автоматически примем срочное решение о страховом покрытии, если ваш врач сообщит, что этого требует состояние вашего здоровья. Если вы направляете запрос без поддержки врача, мы сами примем решение о возможности получения вами срочного решения о страховом покрытии.

- Если мы решим, что состояние вашего здоровья не соответствует требованиям для срочного решения о страховом покрытии, мы отправим вам письмо с соответствующим уведомлением и будем соблюдать стандартные сроки рассмотрения. В этом уведомлении будет сказано следующее:
  - Мы автоматически примем срочное решение о страховом покрытии, если этого потребует ваш врач.
  - Вы можете подать «срочную жалобу» по нашему решению предоставить стандартное решение о страховом покрытии вместо запрошенного вами срочного решения о страховом покрытии. В письме будет объяснено, как именно это сделать. Дополнительную информацию о порядке подачи жалобы, включая срочную жалобу, см. в **разделе K**.

Если мы дадим отрицательный ответ относительно части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин.

- Если мы дадим **отрицательный ответ**, вы имеете право подать апелляцию. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, подача апелляции служит способом официально попросить нас пересмотреть наше решение и изменить его.
- Если вы решите подать апелляцию, вы перейдете на 1-й уровень апелляционного процесса (см. **раздел F3**).

В ограниченных обстоятельствах мы можем отклонить ваш запрос на предоставление решения о страховом покрытии, что означает, что мы не будем рассматривать этот запрос. Примеры случаев, когда запрос будет отклонен:

- запрос содержит не всю информацию,
- запрос подается от вашего имени другим лицом, не уполномоченным на это по закону, **или**
- вы отзываете свой запрос.

Если мы отклоним запрос на предоставление решения о страховом покрытии, мы отправим вам уведомление, в котором объясняется, почему запрос был отклонен и как попросить о пересмотре решения об отклонении. Такое рассмотрение называется апелляцией. Апелляции описаны в следующем разделе.

F3. Подача апелляции 1-го уровня

Чтобы подать апелляцию в случае отказа в предоставлении покрытия услуги или товара, либо дальнейшее получение услуги или товара, которые вы уже получаете**,** вам, вашему врачу или вашему уполномоченному представителю необходимо связаться с нами. Позвоните нам по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711).

Запросите стандартную или срочную апелляцию в письменном виде или по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711).

- Если ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, подает запрос на дальнейшее получение услуги или товара, которые вы уже получаете, на время рассмотрения вашей апелляции, вам, возможно, придется назначить это лицо своим представителем, который будет действовать от вашего имени.
- Если кто-либо, кроме вашего врача, подает за вас апелляцию, приложите форму назначения представителя для назначения этого человека вашим представителем. Вы можете загрузить форму с веб-сайта www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или с нашего веб-сайта по адресу https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html.
- Мы можем принять запрос на апелляцию без наличия формы, но мы не сможем начать или завершить рассмотрение, пока не получим ее. Если мы не получим эту форму до крайнего срока принятия решения по вашей апелляции:
    - Мы отклоним ваш запрос и

- Отправим вам письменное уведомление с разъяснением вашего права обратиться в IRO с запросом на пересмотр нашего решения отклонить вашу апелляцию.

- Вы должны подать апелляцию в течение 65 календарных дней с даты, указанной в письме с уведомлением о нашем решении.

- Если вы пропустили срок по уважительной причине, мы можем дать вам дополнительное время для подачи апелляции. Примеры уважительных причин: вы тяжело болели или мы сообщили вам неверную информацию о том, в какие сроки можно подать апелляцию. Объясните причину, по которой вы не подали апелляцию в срок.

- Вы имеете право попросить у нас бесплатные копии документов, имеющих отношение к вашей апелляции. Вы и ваш врач также можете предоставить нам больше информации в поддержку вашей апелляции.

Запросите срочную апелляцию, если этого требует состояние вашего здоровья.

> Юридический термин для срочной апелляции — **«пересмотр в ускоренном порядке»**.

- Если вы подаете апелляцию по поводу нашего решения о покрытии медицинского обслуживания, вы и/или ваш врач можете запросить срочную апелляцию.

Мы автоматически примем срочное решение по апелляции, если ваш врач сообщит, что этого требует состояние вашего здоровья. Если вы направляете запрос без поддержки врача, мы сами решим, должна ли апелляция быть срочной.

- Если мы решим, что состояние вашего здоровья не соответствует требованиям для срочной апелляции, мы отправим вам письмо с соответствующим уведомлением и будем соблюдать стандартные сроки рассмотрения. В этом уведомлении будет сказано следующее:

  - Мы автоматически присвоим апелляции статус срочной, если этого потребует ваш врач.

  - Вы можете подать «срочную жалобу» по нашему решению рассмотреть апелляцию в стандартные сроки вместо срочной апелляции. Дополнительную информацию о порядке подачи жалобы, включая срочную жалобу, см. в **разделе K**.

Если мы сообщаем вам о сокращении объема или прекращении покрытия услуг или товаров, которые вы уже получаете, у вас может иметься возможность и дальше получать их во время рассмотрения апелляции.

- Если мы принимаем решение изменить или прекратить покрытие услуги или товара, которые вы получаете, мы отправим вам уведомление перед вступлением изменения в силу.
- Если вас не удовлетворяет наше решение, вы можете подать апелляцию 1-го уровня.
- Мы продолжим покрывать услугу или товар, если вы подадите апелляцию 1-го уровня в течение десяти календарных дней с даты получения нашего письма или до предполагаемой даты вступления изменения в силу, в зависимости от того, что наступит позже.
    - При соблюдении этого срока вы продолжите получать услугу или товар без изменений, пока будет рассматриваться ваша апелляция 1-го уровня.
    - Вы также продолжите без изменений получать все прочие услуги и товары (не являющиеся предметом вашей апелляции).
    - Если вы не подадите апелляцию до указанных дат, покрытие услуги или товара будет приостановлено до момента принятия решения по вашей апелляции.

Мы рассматриваем вашу апелляцию и даем вам ответ.

- При рассмотрении апелляции мы еще раз внимательно изучаем всю информацию о вашем запросе на предоставление страхового покрытия медицинского обслуживания.
- Мы выясним, были ли соблюдены все правила при **отказе** по вашему запросу.
- При необходимости мы можем собирать дополнительную информацию. Мы можем связаться с вами или вашим врачом для получения дополнительной информации.

Для срочной апелляции предусмотрены свои сроки рассмотрения.

- В случае рассмотрения апелляции в срочном порядке мы должны дать ответ **в течение 72 часов с момента получения апелляции или раньше, если состояние вашего здоровья требует более быстрого ответа.** Если мы отклоним вашу срочную апелляцию, мы предоставим вам, вашему врачу, выписывающему рецепт лицу или представителю устное подтверждение такого отказа.

- Если мы не предоставим вам ответ в течение 72 часов, мы должны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса. После этого рассмотрением вашего вопроса будет заниматься IRO. IRO письменно уведомит вас о получении вашей апелляции. Далее в этой главе мы расскажем вам об этой организации и разъясним апелляционный процесс 2-го уровня. Если ваша проблема связана со страховым покрытием услуги или товара по программе Medi-Cal, сразу по истечении указанного времени вы можете самостоятельно подать штату запрос на рассмотрение 2-го уровня — разбирательство на уровне штата. В штате California такое рассмотрение органами власти штата называется разбирательством на уровне штата. Порядок подачи запроса на разбирательство на уровне штата см. в **разделе F4**.

- **Если мы дадим положительный ответ относительно части или всего вашего запроса**, мы должны разрешить предоставление или предоставить соответствующее покрытие в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции или раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.

- **Если мы дадим отрицательный ответ относительно части или всего вашего запроса,** мы направим вашу апелляцию в независимую экспертную организацию (IRO) на 2-й уровень подачи апелляции.

Для стандартной апелляции предусмотрены свои сроки рассмотрения.

- При рассмотрении в стандартные сроки мы должны предоставить вам ответ **в течение 30 календарных дней** с момента получения вашей апелляции по поводу страхового покрытия услуг, которые вы не получили.

- Если ваш запрос касается лекарства по программе Medicare Part B, которое вы еще не получили, мы предоставим вам ответ **в течение семи календарных дней** с момента получения вашей апелляции или раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.

  - Если мы не предоставим вам ответ к указанному сроку, мы должны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса. После этого рассмотрением вашего вопроса будет заниматься IRO. Далее в этой главе мы расскажем вам об этой организации и разъясним апелляционный процесс 2-го уровня. Если ваша проблема связана со страховым покрытием услуги или товара по программе Medi-Cal, сразу по истечении указанного времени вы можете самостоятельно подать штату запрос на рассмотрение 2-го уровня — разбирательство на уровне штата. В штате California такое рассмотрение органами власти штата называется разбирательством на

уровне штата. Порядок подачи запроса на разбирательство на уровне штата см. в **разделе F4**.

Если мы дадим положительный ответ относительно части или всего вашего запроса, мы должны разрешить предоставление или предоставить соответствующее покрытие в течение 30 календарных дней с даты получения вашего запроса на апелляцию или раньше, если этого требует состояние вашего здоровья; либо в течение 72 часов с даты изменения нашего решения или в течение семи календарных дней с даты получения вашей апелляции, если она касается лекарства по программе Medicare Part B.

Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, **у вас есть дополнительные права на апелляцию:**

- Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо.
- Если ваша проблема связана со страховым покрытием услуги или товара в рамках Medicare, то в письме мы сообщим, что отправили ваше дело в IRO для рассмотрения апелляции 2-го уровня.
- Если проблема связана со страховым покрытием услуги или товара в рамках программы Medi-Cal, из письма вы узнаете, как подать апелляцию 2-го уровня самостоятельно.

F4. Подача апелляции 2-го уровня

Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всей вашей апелляции 1-го уровня, мы отправим вам письмо. В этом письме указано, покрывается ли обычно услуга или товар программой Medicare, Medi-Cal или обеими программами.

- Если ваша проблема касается услуги или товара, обычно покрываемых в рамках **Medicare**, мы автоматически передадим ваше дело на 2-й уровень апелляционного процесса сразу после завершения 1-го уровня.
- Если ваша проблема касается услуги или товара, обычно покрываемых в рамках **Medi-Cal**, апелляцию 2-го уровня вы можете подать самостоятельно. В письме будет сказано, как это сделать. См. также дополнительную информацию далее в этой главе.
- Если ваша проблема касается услуги или товара, которые могут покрывать **как программа Medicare, так и программа Medi-Cal**, вы автоматически переходите на 2-й уровень апелляции с рассмотрением дела IRO. В дополнение к автоматическому переходу на 2-й уровень апелляции вы также можете

запросить у штата разбирательство на уровне штата и независимую медицинскую экспертизу. Однако независимая медицинская экспертиза недоступна, если вы уже предъявили свои доказательства в рамках разбирательства на уровне штата.

Если вы имеете право на сохранение покрытия после подачи апелляции 1-го уровня, покрытие услуги, товара или лекарства также может быть продолжено в течение процедуры апелляции 2-го уровня. См. в **разделе F3** информацию о дальнейшем получении покрываемых услуг во время рассмотрения апелляции 1-го уровня.

- Если ваша проблема касается услуги, обычно покрываемой только в рамках Medicare, покрытие этой услуги не будет продолжено на время 2-го уровня апелляционного процесса при рассмотрении дела IRO.
- Если ваша проблема касается услуги, обычно покрываемой только в рамках Medi-Cal, покрытие этой услуги будет продолжено, если вы подадите апелляцию 2-го уровня в течение десяти календарных дней с момента получения письма с нашим решением.

Если ваша проблема касается услуги или товара, обычно покрываемых в рамках Medicare

Вашу апелляцию рассмотрит IRO. Это независимая организация, нанятая Medicare.

> Официальное название независимой экспертной организации (IRO) — **независимый экспертный субъект** или сокращенно **IRE**.

- Эта организация не связана с нами и не является государственным органом. Программа Medicare выбрала конкретную компанию в качестве IRO, и Medicare осуществляет надзор за ее деятельностью.
- Мы направляем информацию по вашей апелляции (материалы вашего дела) в эту организацию. Вы имеете право получить бесплатную копию материалов вашего дела.
- Вы имеете право предоставить IRO дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.
- Эксперты IRO тщательно ознакомятся со всей информацией, имеющей отношение к вашей апелляции.

Если вы подавали срочную апелляцию 1-го уровня, на 2-м уровне у вас также будет срочная апелляция.

- Если вы подавали нам срочную апелляцию 1-го уровня, на 2-м уровне для вас автоматически предусмотрена срочная апелляция. IRO должна дать ответ по апелляции 2-го уровня **в течение 72 часов** с момента получения вашей апелляции.

Если вы подавали стандартную апелляцию 1-го уровня, на 2-м уровне у вас также будет стандартная апелляция.

- Если вы подавали нам стандартную апелляцию 1-го уровня, на 2-м уровне для вас автоматически предусмотрена стандартная апелляция.
- Если ваш запрос касается медицинского товара или услуги, IRO должна дать ответ по апелляции 2-го уровня **в течение 30 календарных дней** с момента получения вашей апелляции.
- Если ваш запрос касается лекарства по программе Medicare Part B, IRO должна дать ответ по апелляции 2-го уровня **в течение семи календарных дней** с момента получения вашей апелляции.

IRO предоставит вам ответ в письменном виде и объяснит причины своего решения.

- **Если IRO дает положительный ответ относительно части или всего вашего запроса по поводу медицинского товара или услуги,** мы должны незамедлительно выполнить требования этого решения:
  - Одобрить страховое покрытие медицинского обслуживания **в течение 72 часов, или**
  - Предоставить услугу в течение **пяти рабочих дней** с момента получения решения IRO в случае **стандартного рассмотрения, или**
  - Предоставить услугу в течение **72 часов** с даты получения решения IRO в случае **ускоренного рассмотрения**.
- **Если IRO дает положительный ответ относительно части или всего вашего запроса по поводу лекарства по программе Medicare Part B, мы должны разрешить предоставление или предоставить спорное лекарство по программе Medicare Part B:**
  - **В течение 72 часов** с момента получения решения IRO в случае **стандартного рассмотрения или**

- **В течение 24 часов** с даты получения решения IRO в случае **ускоренного рассмотрения**.

- **Если IRO дает отрицательный ответ относительно части или всей вашей апелляции**, это означает, что они согласны с тем, что мы не должны одобрять ваш запрос (или часть вашего запроса) на покрытие медицинского обслуживания. Это называется «поддержанием решения» или «отклонением апелляции».

  - Если ваш случай соответствует требованиям, вы должны решить, желаете ли вы продолжить апелляционный процесс.

  - После 2-го уровня предусмотрено еще три дополнительных уровня апелляционного процесса (всего их пять).

  - Если ваша апелляция 2-го уровня была отклонена, но вы отвечаете необходимым требованиям для продолжения апелляционного процесса, вы должны решить, желаете ли вы перейти на 3-й уровень и подать третью апелляцию. Порядок этой процедуры подробно описан в письменном уведомлении, полученном вами после получения решения по вашей апелляции 2-го уровня.

  - Апелляциями 3-го уровня занимается судья по административным делам (ALJ) или уполномоченный третейский судья. Дополнительную информацию об апелляциях 3-го, 4-го и 5-го уровня см. в **разделе J**.

Если ваша проблема касается услуги или товара, обычно покрываемых в рамках Medi-Cal

Подать апелляцию 2-го уровня по поводу услуг и товаров, покрываемых в рамках Medi-Cal, можно двумя способами: (1) подача жалобы или запроса на независимую медицинскую экспертизу либо (2) разбирательство на уровне штата.

(1) Департамент управляемого медицинского обслуживания (DMHC)

Жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR) можно подать через Справочную службу департамента DMHC. При подаче жалобы департамент DMHC проверит наше решение. Департамент DMHC проведет собственное разбирательство по вашей жалобе либо решит, соответствует ли ваш случай критериям для IMR. Экспертиза IMR может быть доступна для любых покрываемых в рамках Medi-Cal услуги или товара медицинского характера. IMR — это проверка вашего дела экспертами, которые не сотрудничают с нашим планом и не работают в департаменте DMHC. Если решение по результатам IMR будет в вашу пользу, мы должны предоставить вам запрошенную услугу или товар. Вы ничего не платите за проведение IMR.

Вы можете подать жалобу или запрос на проведение IMR, если наш план страхования:

- Отказывает вам в услуге или лечении в рамках Medi-Cal, меняет их содержание либо задерживает их получение на том основании, что наш план не считает их необходимыми по медицинским показаниям.
- Отказывается покрыть экспериментальное или исследуемое лечение в рамках Medi-Cal при наличии серьезного заболевания.
- Оспаривает, имеет ли хирургическая услуга либо процедура косметический или восстановительный характер.
- Отказывается оплатить уже полученную вами экстренную или неотложную медицинскую помощь в рамках Medi-Cal.
- Не принял решение по вашей апелляции 1-го уровня в отношении услуги в рамках Medi-Cal в установленные сроки: в течение 30 календарных дней для стандартной апелляции либо 72 часов или раньше, если этого требует состояние вашего здоровья, для срочной апелляции.

В большинстве случаев вам следует подать апелляцию в наш адрес, прежде чем запрашивать IMR. Информацию о порядке рассмотрения апелляции 1-го уровня см. в **разделе F3**. Если вас не удовлетворяет наше решение, вы можете подать заявку на проведение IMR или жалобу в DMHC.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если апелляцию от вашего имени подал ваш поставщик услуг, но мы не получаем от вас форму назначения представителя, вам потребуется повторно подать апелляцию в наш адрес, прежде чем вы сможете запросить IMR 2-го уровня в DMHC, если только ваша апелляция не связана с непосредственной и серьезной угрозой вашему здоровью, включая, помимо прочего, сильную боль, риск летального исхода, потери конечности или основных функций организма.

Вы можете запросить как IMR, так и разбирательство на уровне штата, однако вам не разрешается запрашивать IMR, если вы уже предъявили свои доказательства в рамках разбирательства на уровне штата либо разбирательство на уровне штата по этому же вопросу уже прошло.

Если вам было отказано в страховом покрытии лечения на том основании, что оно носит экспериментальный или исследовательский характер, вам не нужно задействовать наш апелляционный процесс, прежде чем подавать запрос на IMR.

Если ваша проблема требует неотложной помощи, является непосредственной и серьезной угрозой для вашего здоровья или вы чувствуете сильную боль, вы можете сразу обратиться в департамент DMHC без задействования нашего апелляционного процесса.

Вы должны **подать запрос на IMR в течение шести месяцев** после того, как мы отправили вам письменное решение по вашей апелляции. Департамент DMHC может принять ваше заявление по истечении шестимесячного срока при наличии уважительной причины, такой как заболевание, не позволившее вам запросить IMR в течение шести месяцев, либо неполучение от нас надлежащего уведомления о порядке запроса IMR.

Порядок подачи жалобы или запроса IMR:

- Заполните форму запроса IMR/подачи жалобы, доступную по адресу: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx. Либо позвоните в Справочный центр департамента DMHC по номеру 1-888-466-2219. При использовании TTY набирайте 1-877-688-9891.

- При наличии приложите копии писем и других документов, касающихся услуги или товара, в страховом покрытии которых мы вам отказали. Это может ускорить проведение IMR. Присылайте копии документов, а не их оригиналы. Справочный центр не возвращает никакие документы.

- Заполните форму назначения уполномоченного представителя, если кто-то другой помогает вам с IMR. Форма доступна по адресу www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx. Либо позвоните в Справочный центр департамента по номеру 1-888-466-2219. При использовании TTY набирайте 1-877-688-9891.

- Отправьте форму запроса IMR/подачи жалобы и всю прилагаемую документацию в департамент DMHC онлайн: www.dmhc.ca.gov/fileaComplaint.

  Подача по почте или факсу:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

В течение семи дней департамент DMHC рассмотрит вашу заявку и отправит вам подтверждение получения письма. Если департамент DMHC определит, что ваш случай соответствует критериям для IMR, то решение по результатам IMR будет принято в течение 45 дней с момента получения всей необходимой документации.

Если ваш случай срочный и при этом соответствует критериям для IMR, то решение по результатам IMR, как правило, будет принято в течение семи календарных дней с момента получения всей необходимой документации.

Если вас не устраивает результат IMR, вы все еще можете запросить разбирательство на уровне штата.

IMR может занять больше времени, если департамент DMHC не получает все необходимые медицинские записи от вас или вашего лечащего врача. Если вы обращаетесь к врачу, который не представлен в сети вашего плана страхования, важно, чтобы вы получили медицинские записи от этого врача и прислали их нам. Ваш план медицинского страхования должен самостоятельно получить копии ваших медицинских записей от сетевых врачей.

Если департамент DMHC решит, что ваш случай не соответствует критериям для IMR, департамент DMHC рассмотрит его в соответствии со своей обычной процедурой рассмотрения жалоб потребителей. Решение по вашей жалобе должно быть принято в течение 30 календарных дней со дня подачи заполненной заявки. Если жалоба срочная, решение по ней будет принято раньше.

(2) Разбирательство на уровне штата

Вы можете запросить разбирательство на уровне штата в отношении покрываемых программой Medi-Cal услуг и товаров. Если ваш врач или другой поставщик услуг запрашивает услугу или товар, которые мы не одобряем, либо мы решаем не продолжать платить за услугу или товар, которые вы уже получаете, при этом мы дали отрицательный ответ по вашей апелляции 1-го уровня, вы имеете право запросить разбирательство на уровне штата.

В большинстве случаев **запрос на разбирательство на уровне штата необходимо подать в течение 120 дней** с даты отправки вам письма с решением по апелляции.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы запрашиваете разбирательство на уровне штата, поскольку мы сообщили вам об изменении или прекращении покрытия услуги, которую вы получаете в настоящий момент, то **вы должны подать запрос быстрее**, если хотите и дальше получать эту услугу на время разбирательства на уровне штата. Дополнительную информацию см. в разделе «Продолжу ли я получать покрываемые услуги в период рассмотрения апелляции 2-го уровня?» на стр. 289.

Вы можете подать запрос на проведение разбирательства на уровне штата одним из следующих способов:

- Онлайн на сайте www.cdss.ca.gov.
- По телефону: позвоните по номеру 1-800-743-8525. Эта телефонная линия может быть очень занята. Вы можете услышать сообщение с просьбой перезвонить позднее. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером TTY/TDD 1-800-952-8349.

- В письменном виде: заполните форму запроса на проведение разбирательства на уровне штата или напишите письмо. Отправьте его по почте или факсу по адресу:
- Почтовый адрес: California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- Факс: (916) 309-3487 или бесплатный номер телефона 1-833-281-0903
- Вы можете заполнить «Запрос на разбирательство на уровне штата» на обратной стороне уведомления о принятом решении. В обязательном порядке укажите свое имя, адрес, номер телефона, номер социального страхования и (или) номер CIN и причину, по которой вы запрашиваете разбирательство на уровне штата. Если кто-то помогает вам с подачей запроса на проведение разбирательства на уровне штата, укажите также в форме или письме имя, адрес и номер телефона этого лица. Если вам нужен переводчик, сообщите Отделу разбирательств на уровне штата, на каком языке вы говорите. Вам не придется платить за услуги переводчика. Отдел разбирательств на уровне штата предоставит их вам. Если у вас есть инвалидность, отдел разбирательств на уровне штата может бесплатно предоставить вам специальные приспособления, которые помогут вам принять участие в разбирательстве. Укажите информацию об имеющейся у вас инвалидности и необходимых вам приспособлениях.

Отдел разбирательств на уровне штата предоставит вам свое решение в письменном виде и объяснит причины своего решения.

- Если отдел разбирательств на уровне штата дает **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса по поводу медицинского товара или услуги**,** мы должны разрешить предоставление или предоставить услугу или товар **в течение 72 часов** с момента получения их решения.
- Если отдел разбирательств на уровне штата дает **отрицательный ответ** относительно части или всей вашей апелляции, это означает, что они согласны с тем, что мы не должны одобрять ваш запрос (или часть вашего запроса) на покрытие медицинского обслуживания. Это называется «поддержанием решения» или «отклонением апелляции».

В случае **отрицательного ответа** от IRO или по результатам разбирательства на уровне штата относительно части или всего вашего запроса у вас есть дополнительные права на апелляцию.

Если апелляция 2-го уровня рассматривалась **IRO**, вы можете снова подать апелляцию, только если стоимость услуги или товара в долларовом выражении превышает

определенный минимум. Апелляциями 3-го уровня занимается судья ALJ или уполномоченный третейский судья. **В письме, которое вы получите от IRO, будут разъяснены ваши дополнительные права на апелляцию при их наличии.**

В письме, которое вы получите от отдела разбирательств на уровне штата, будут описаны дальнейшие этапы апелляционного процесса.

Дополнительную информацию о ваших правах на апелляцию после 2-го уровня см. в **разделе J**.

F5. Проблемы, связанные с оплатой

Мы не позволяем нашим сетевым поставщикам услуг выставлять вам счета за покрываемые услуги и товары. Это правило действует даже тогда, когда мы платим поставщикам услуг меньше, чем установленная ими стоимость покрываемой услуги или товара. От вас никогда не требуется оплачивать остаток по какому-либо счету.

Если вы получили счет за покрываемые услуги или товары, отправьте его нам. Не оплачивайте счет самостоятельно. Мы свяжемся с этим поставщиком услуг напрямую и решим возникшую проблему. Если вы оплатите такой счет, то можете получить возмещение расходов от нашего плана при условии соблюдения правил получения услуг или товаров.

Дополнительную информацию см. в **главе 7** настоящего *Справочника участника плана*. Здесь описаны ситуации, в которых вам может понадобиться запросить у нас возмещение расходов или попросить нас оплатить счет, полученный от поставщика услуг. Кроме того, здесь рассказывается, как прислать нам необходимые документы, если вы просите нас об оплате.

Направляя запрос на возмещение расходов, вы тем самым запрашиваете решение о страховом покрытии. Мы проверим, подлежат ли оплаченные вами услуга или товар страховому покрытию и соблюдали ли вы все правила по использованию доступного вам покрытия.

- Если оплаченные вами услуга или товар покрываются, при этом вы соблюдали все правила, мы направим вашему поставщику услуг плату за эту услугу или товар, как правило, в течение 30 календарных дней и не позднее чем через 60 календарных дней после получения вашего запроса. Затем поставщик услуг направит оплату вам.

- Если вы еще не оплатили услугу или товар, мы отправим оплату непосредственно поставщику услуг. Факт отправки нами оплаты означает **положительный ответ** на ваш запрос решения о страховом покрытии.

- Если услуга или товар не покрываются либо вы не соблюдали все правила, мы отправим вам письмо с уведомлением о том, что не будем оплачивать услугу или товар, и объяснением причин этого решения.

Если вы не согласны с нашим решением не производить оплату, **вы можете подать апелляцию**. Следуйте процедуре подачи апелляций, описанной в **разделе F3**. При выполнении этих указаний обратите внимание на следующее:

- Если вы подадите апелляцию в отношении возмещения расходов, мы должны будем предоставить вам наш ответ в течение 30 календарных дней с момента ее получения.

Если мы дадим **отрицательный ответ** по вашей апелляции, при этом услуга или товар обычно покрывается программой **Medicare**, мы отправим ваш случай на рассмотрение в IRO. Мы отправим вам письмо с соответствующим уведомлением.

- Если IRO отменит наше решение и постановит, что мы должны заплатить вам, мы должны отправить платеж вам или вашему поставщику услуг в течение 30 календарных дней. Если по вашей апелляции принято **положительное решение** на любом уровне ее рассмотрения выше 2-го, мы должны отправить платеж вам или поставщику услуг в течение 60 календарных дней.

- Если IRO дает отрицательный ответ по вашей апелляции, это означает, что они согласны с тем, что мы не должны одобрять ваш запрос. Это называется «поддержанием решения» или «отклонением апелляции». Вы получите письмо с разъяснением ваших дополнительных прав на апелляцию при их наличии. Более подробную информацию о дополнительных уровнях апелляции см. в **разделе J**.

Если мы дадим **отрицательный ответ** по вашей апелляции, при этом услуга или товар обычно покрывается по программе Medi-Cal, вы можете подать апелляцию 2-го уровня самостоятельно. Дополнительную информацию см. в **разделе F4**.

G. Лекарства по программе Medicare Part D

В число покрываемых услуг, доступных вам как участнику нашего плана, входит страховое покрытие многих лекарств. Большинство этих лекарств покрываются по программе Medicare Part D. Некоторые лекарства программа Medicare Part D не покрывает, но их может покрывать программа Medi-Cal. **Этот раздел относится только к апелляциям по поводу лекарств по программе Medicare Part D.** В этом разделе мы будем использовать слово «лекарство» или «препарат» в значении «лекарство, покрываемое по программе Medicare Part D». В отношении лекарств, покрываемых только по программе Medi-Cal, см. порядок действий, описанный в **разделе E**.

Для получения покрытия ваш лекарственный препарат должен применяться в соответствии с установленными медицинскими показаниями. Это означает, что использование лекарства одобрено Food and Drug Administration (FDA) или основано на данных, содержащихся в определенных медицинских справочниках. Дополнительную информацию об установленных медицинских показаниях см. в **главе 5** настоящего *Справочника участника плана*.

G1. Решения о страховом покрытии по программе Medicare Part D и апелляции

Приведем примеры решений о страховом покрытии, запрашиваемых в отношении лекарств по программе Medicare Part D:

- Вы обращаетесь к нам с запросом на исключение, в том числе с просьбой:
    - Покрыть лекарство по программе Medicare Part D, отсутствующее в *Перечне лекарств* нашего плана, или
    - Отменить ограничения по покрытию лекарства (например, ограничение количества, которое вы можете получить).
- Вы хотите узнать, покрываем ли мы лекарство в вашем случае (например, лекарство включено в *Перечень лекарств* нашего плана, но мы требуем от вас сначала получить наше разрешение на его использование).

ПРИМЕЧАНИЕ. Если в аптеке вам сказали, что не могут предоставить лекарство согласно рецепту, аптека отправит вам письменное уведомление с разъяснением порядка обращения к нам за решением о страховом покрытии.

> Другое название первоначального решения о страховом покрытии лекарства по программе Medicare Part D — «**заключение о страховом покрытии**».

- Вы просите нас возместить расходы на лекарство, которое вы уже приобрели. Такая просьба представляет собой запрос решения о страховом покрытии по поводу оплаты.

Если вас не удовлетворяет наше решение о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию на наше решение. В этом разделе рассказывается и о том, как запросить решение о страховом покрытии, и о том, как подать апелляцию. Приведенная ниже таблица поможет вам найти необходимую информацию.

В какой из этих ситуаций вы находитесь?			
Вам необходимо лекарство, которое не включено в наш *Перечень лекарств*, либо вам необходимо, чтобы мы отменили правило или ограничение для покрываемого нами лекарства.	Вы хотите, чтобы мы покрыли лекарство из нашего *Перечня лекарств*, и считаете, что соответствуете всем правилам и ограничениям плана (например, о предварительном разрешении), касающимся необходимого вам лекарства.	Вы хотите направить нам запрос на возмещение расходов на уже полученные и оплаченные вами лекарства.	Мы сообщили вам, что не будем покрывать лекарство или возмещать его стоимость в том объеме, в котором вы этого хотите.
Вы можете обратиться к нам с запросом на исключение. (Это один из видов решений о страховом покрытии.)	**Вы можете запросить решение о страховом покрытии.**	**Вы можете попросить нас выплатить вам возмещение.** (Это один из видов решений о страховом покрытии.)	**Вы можете обжаловать наше решение.** (Это значит, что вы просите нас пересмотреть наше решение.)
Сначала см. **раздел G2**, а затем **разделы G3 и G4**.	См. **раздел G4**.	См. **раздел G4**.	См. **раздел G5**.

G2. Исключения в рамках Medicare Part D

Если мы не покрываем лекарство в необходимой вам степени, вы можете попросить нас сделать исключение. Если мы отклоним ваш запрос на исключение, вы можете обжаловать наше решение.

Если вы запрашиваете исключение, вашему врачу или другому лицу, выписывающему лекарство, необходимо предоставить нам медицинское обоснование запроса на предоставление исключения.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** посетите веб-сайт go.wellcare.com/HealthNetCA.

Запрос покрытия лекарства, не входящего в наш *Перечень лекарств*, либо снятия ограничения в отношении лекарства иногда называется запросом на **«исключение из справочника лекарств»**.

Направление запроса на снижение цены на покрываемые непредпочтительные препараты иногда называется направлением запроса на предоставление **исключения в отношении лекарственного препарата определенного уровня**.

Приведем примеры исключений, которые можете запросить у нас вы либо ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство:

1. **Покрытие лекарства, не представленного в нашем *Перечне лекарств***
   - Если мы согласимся сделать исключение и покрыть лекарство, которое не входит в наш *Перечень лекарств*, вам потребуется внести доплату, предусмотренную для лекарств уровня 3 (непредпочтительные лекарственные препараты).
   - Вы не можете получить исключение в отношении требуемой суммы доплаты за лекарство.
2. **Отмена ограничения в отношении покрываемого лекарства**
   - Дополнительные правила или ограничения применяются к некоторым лекарствам из нашего *Перечня лекарств* (более подробную информацию см. в **разделе C главы 5** настоящего *Справочника участника плана*).
   - Дополнительные правила и ограничения в отношении определенных лекарств включают следующее:
     - Требование использовать непатентованные аналоги вместо патентованных лекарств.
     - Получение предварительного одобрения от плана до предоставления нами согласия на покрытие лекарства. Иногда это называется «предварительным разрешением (PA)».
     - Требование попробовать лечение другими лекарствами, прежде чем мы согласимся покрывать лекарство, которым вы хотите лечиться. Иногда это называется «поэтапным лечением».
     - Количественные ограничения. В отношении некоторых лекарств установлено ограничение по количеству препарата, которое вы можете приобрести.

- Если мы соглашаемся сделать для вас исключение и отменить какое-либо ограничение, вы можете запросить исключение в отношении требуемой суммы доплаты.

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. В целом, чем ниже уровень участия в расходах, тем меньше сумма требуемой доплаты.

- Наш *Перечень лекарств* зачастую включает более одного лекарства для лечения определенного заболевания. Эти лекарства называются «альтернативными».
- Если альтернативное лекарство при вашем заболевании 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, что и альтернативное лекарство. При этом сумма вашей доплаты за лекарство станет меньше.
    - Если принимаемое вами лекарство представляет собой биологический препарат, вы можете попросить нас обеспечить его покрытие с суммой участия в расходах, соответствующей самому низкому уровню для альтернативных биологических препаратов при вашем заболевании.
    - Если принимаемое вами лекарство представляет собой патентованный лекарственный препарат, вы можете попросить нас обеспечить его покрытие с суммой участия в расходах, соответствующей самому низкому уровню для альтернативных патентованных препаратов при вашем заболевании.
    - Если принимаемое вами лекарство представляет собой непатентованный лекарственный препарат, вы можете попросить нас обеспечить его покрытие с суммой участия в расходах, соответствующей самому низкому уровню для альтернативных патентованных либо непатентованных препаратов при вашем заболевании.
- 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.

G3. Что важно знать о запросах на исключение

Ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, должны предоставить нам медицинское обоснование.

Ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, должны предоставить нам медицинское обоснование 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* зачастую включает более одного лекарства для лечения определенного заболевания. Эти лекарства называются «альтернативными». Если альтернативное лекарство столь же эффективно, как запрашиваемое вами лекарство, и при этом не будет вызывать больше побочных эффектов или других проблем со здоровьем, как правило, в таком случае мы **не одобрим** ваш запрос на исключение. Если вы запрашиваете исключение в отношении лекарственного препарата определенного уровня, как правило, мы **не одобряем** ваш запрос на исключение, если только все альтернативные лекарства на более низких уровнях участия в расходах не окажутся менее эффективными для вас, чреватыми серьезными побочными эффектами либо могущими причинить вам иной вред.

Мы дадим положительный или отрицательный ответ на ваш запрос.

- Если мы дадим **положительный ответ** на ваш запрос на исключение, то решение обычно остается в силе до конца календарного года. 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 дадим **отрицательный ответ** на ваш запрос на исключение, вы можете подать апелляцию. Информацию о порядке подачи апелляции в случае нашего **отрицательного ответа** см. в **разделе G5**.

В следующем разделе речь идет о том, как попросить нас принять решение о страховом покрытии, в том числе об исключении.

G4. Запрос на решение о страховом покрытии, включая запрос на исключение

- Запросите решение о страховом покрытии нужного вам типа по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711), по почте или по факсу. Это можете сделать вы, ваш врач (или другое лицо, выписывающее лекарство) или ваш представитель. Укажите ваше имя, контактные данные и сведения о вашем страховом требовании.

- Запросить решение о страховом покрытии можете вы, ваш врач (или другое лицо, выписывающее лекарство) либо кто-то другой, действующий от вашего имени. Кроме того, от вашего имени может действовать адвокат.
- Информацию о том, как назначить кого-либо своим представителем, см. в **разделе E3**.
- Письменное разрешение действовать от вашего имени не требуется, если решение о страховом покрытии за вас запрашивает ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство.
- Если вы хотите попросить нас возместить ваши расходы на лекарство, см. **главу 7** настоящего *Справочника участника плана*.
- Если вы подаете запрос на исключение из правил покрытия, предоставьте нам обоснование. Обоснование содержит медицинские причины необходимости запрашиваемого исключения, предоставленные вашим врачом или другим лицом, выписывающим лекарство.
- Ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, могут направить нам обоснование по факсу или по почте. Они также могут сообщить причины по телефону, а затем прислать обоснование по факсу или по почте.

Если этого требует состояние вашего здоровья, запрашивайте «срочное решение о страховом покрытии».

При вынесении решения мы будем использовать стандартные сроки, если только мы не согласились на ускоренные сроки.

- В случае **стандартного решения о страховом покрытии** мы дадим вам ответ в течение 72 часов с момента получения обоснования от вашего врача.
- В случае **срочного решения о страховом покрытии** мы дадим вам ответ в течение 24 часов с момента получения обоснования от вашего врача.

> Другое название срочного решения о страховом покрытии — **«ускоренное заключение о страховом покрытии»**.

Вы можете получить срочное решение о страховом покрытии, если:

- Оно касается лекарства, которое вы не получили. Вы не можете получить срочное решение о страховом покрытии, если ваш запрос касается возмещения расходов на уже приобретенное вами лекарство.

- Соблюдение 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 рассмотрим ваш запрос в ускоренном порядке. Мы отправим вам письмо с соответствующим уведомлением.

- Если вы запрашиваете срочное решение о страховом покрытии без поддержки врача или другого лица, выписывающего лекарство, мы сами примем решение о возможности получения вами срочного решения о страховом покрытии.

- Если мы решим, что состояние вашего здоровья не соответствует требованиям для срочного решения о страховом покрытии, мы будем соблюдать стандартные сроки рассмотрения.

  - Мы отправим вам письмо с уведомлением о решении соблюдать стандартные сроки рассмотрения. В письме также будет указано, как подать апелляцию по поводу нашего решения.

  - Вы можете подать срочную жалобу и получить ответ в течение 24 часов. Дополнительную информацию о порядке подачи жалобы, включая срочную жалобу, см. в **разделе K**.

Сроки принятия срочного решения о страховом покрытии

- При ускоренном рассмотрении мы должны предоставить вам ответ в течение 24 часов с момента получения вашего запроса. Если вы подаете запрос на исключение, мы предоставим вам ответ в течение 24 часов с момента получения обоснования запроса от вашего врача. Мы предоставим ответ раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.

- В случае несоблюдения нами указанного срока мы направим ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса для его рассмотрения IRO. Дополнительную информацию об апелляциях 2-го уровня см. в **разделе G6**.

- Если мы дадим **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы предоставим вам покрытие в течение 24 часов с момента получения вашего запроса или обоснования запроса от вашего врача.

- Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин. В письме также описана процедура подачи апелляции.

Сроки принятия стандартного решения о страховом покрытии лекарства, которое вы еще не получили

- Если мы рассматриваем ваш запрос в стандартные сроки, мы должны дать ответ в течение 72 часов после получения запроса. Если вы подаете запрос на исключение, мы предоставим вам ответ в течение 72 часов с момента получения обоснования запроса от вашего врача. Мы предоставим ответ раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
- В случае несоблюдения нами указанного срока мы направим ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса для его рассмотрения IRO.
- Если мы дадим **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы предоставим вам покрытие в течение 72 часов с момента получения вашего запроса на исключение или обоснования запроса от вашего врача.
- Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин. В письме также описана процедура подачи апелляции.

Сроки принятия стандартного решения о страховом покрытии уже приобретенного вами лекарства

- Мы должны ответить вам в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса.
- В случае несоблюдения нами указанного срока мы направим ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса для его рассмотрения IRO.
- Если мы дадим **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы возместим ваши расходы в течение 14 календарных дней.
- **Если** мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин. В письме также описана процедура подачи апелляции.

G5. Подача апелляции 1-го уровня

> Другое название апелляции в наш план страхования по поводу решения о страховом покрытии лекарства по программе Medicare Part D — **«пересмотр»**.

- Подайте **стандартную** или **срочную апелляцию** по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711), по почте или по факсу. Это можете сделать вы, ваш врач (или другое

лицо, выписывающее лекарство) или ваш представитель. Укажите ваше имя, контактные данные и сведения о вашей апелляции.

- Вы должны подать апелляцию **в течение 65 календарных дней** с даты, указанной в письме с уведомлением о нашем решении.
- Если вы пропустили срок по уважительной причине, мы можем дать вам дополнительное время для подачи апелляции. Примеры уважительных причин: вы тяжело болели, или мы сообщили вам неверную информацию о том, в какие сроки можно подать апелляцию. Объясните причину, по которой вы не подали апелляцию в срок.
- Вы имеете право попросить у нас бесплатные копии документов, имеющих отношение к вашей апелляции. Вы и ваш врач также можете предоставить нам больше информации в поддержку вашей апелляции.

Запросите срочную апелляцию, если этого требует состояние вашего здоровья.

> Другое название срочной апелляции — **«ускоренный пересмотр»**.

- Если вы подаете апелляцию на принятое нами решение о покрытии лекарства, еще не полученного вами, вам и вашему врачу или другому лицу, выписывающему лекарство, необходимо решить, нужна ли вам срочная апелляция.
- Требования для подачи срочной апелляции такие же, что и для срочного решения о страховом покрытии. Дополнительную информацию см. в **разделе G4**.

Мы рассматриваем вашу апелляцию и даем вам ответ.

- При рассмотрении вашей апелляции мы еще раз внимательно изучаем всю информацию о вашем запросе на покрытие.
- Мы выясним, были ли соблюдены правила при **отказе** по вашему запросу.
- Мы можем связаться с вами, вашим врачом или другим лицом, выписывающим вам лекарство, для получения дополнительной информации.

Сроки рассмотрения срочной апелляции 1-го уровня

- При ускоренном рассмотрении мы должны предоставить вам ответ **в течение 72 часов** с момента получения вашей апелляции.
  - Мы предоставим ответ раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.

- Если мы не предоставим вам ответ в течение 72 часов, мы должны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса. После этого рассмотрением будет заниматься IRO. Информацию об экспертной организации и 2-м уровне апелляционного процесса см. в **разделе G6**.

- Если мы дадим **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы должны предоставить соответствующее покрытие в течение 72 часов с момента получения вашей апелляции.

- Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин и описанием процедуры подачи апелляции.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции 1-го уровня

- При рассмотрении в стандартные сроки мы должны предоставить вам ответ **в течение семи календарных дней** с момента получения вашей апелляции по поводу лекарства, которое вы не получили.

- Мы предоставим вам наше решение раньше, если вы еще не получили лекарство и этого требует состояние вашего здоровья. Если вы считаете, что этого требует состояние вашего здоровья, запросите срочную апелляцию.

  - Если мы не предоставим вам решение в течение семи календарных дней, мы должны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса. После этого рассмотрением будет заниматься IRO. Информацию об экспертной организации и 2-м уровне апелляционного процесса см. в **разделе G6**.

Если мы дадим **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса:

- Мы должны **предоставить соответствующее покрытие** как можно скорее, насколько это позволяет ваше состояние здоровья, но **не позднее чем через семь календарных дней** с момента получения вашей апелляции.

- Мы должны **возместить расходы** на уже приобретенное вами лекарство **в течение 30 календарных дней** с момента получения вашей апелляции.

Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса:

- Мы отправим вам письмо с объяснением причин и описанием процедуры подачи апелляции.

- Мы должны предоставить вам ответ о возмещении расходов на уже приобретенное вами лекарство **в течение 14 календарных дней** с момента получения вашей апелляции.

- Если мы не предоставим вам решение в течение 14 календарных дней, мы должны передать ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса. После этого рассмотрением будет заниматься IRO. Информацию об экспертной организации и 2-м уровне апелляционного процесса см. в **разделе G6**.

- Если мы дадим **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы должны возместить ваши расходы в течение 30 календарных дней с момента получения вашего запроса.

- Если мы дадим **отрицательный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы отправим вам письмо с объяснением причин и описанием процедуры подачи апелляции.

G6. Подача апелляции 2-го уровня

Если мы дадим **отрицательный ответ** по вашей апелляции 1-го уровня, вы можете принять наше решение или подать еще одну апелляцию. Если вы решите подать еще одну апелляцию, вы перейдете на 2-й уровень апелляционного процесса. **IRO** рассматривает наше решение, если мы даем **отрицательный ответ** по вашей первой апелляции. Эта организация решает, следует ли нам изменить решение.

> Официальное название независимой экспертной организации (IRO) — **независимый экспертный субъект** (**IRE**).

Чтобы подать апелляцию 2-го уровня, вы, ваш представитель, ваш врач или другое лицо, выписывающее лекарство, должны связаться с IRO **в письменном виде** и запросить пересмотр вашего случая.

- Если мы даем **отрицательный ответ** по вашей апелляции 1-го уровня, в отправленном вам письме будут содержаться **инструкции по подаче апелляции 2-го уровня** с рассмотрением случая IRO. В инструкции содержится информация о том, кто может подавать апелляцию 2-го уровня, в какие сроки это следует сделать и как связаться с организацией.

- Если вы подадите апелляцию в IRO, мы отправим им всю имеющуюся у нас информацию по вашей апелляции. Такая информация называется «материалы дела». **Вы имеете право получить бесплатную копию материалов вашего дела**. Если вам нужна помощь с запросом бесплатной копии материалов вашего дела, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY:711).

- Вы имеете право предоставить IRO дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

IRO рассмотрит вашу апелляцию 2-го уровня по программе Medicare Part D и предоставит вам письменный ответ. Дополнительную информацию об IRO см. в **разделе F4**.

Сроки рассмотрения срочной апелляции 2-го уровня

Если этого требует состояние вашего здоровья, запросите в IRO срочную апелляцию.

- Если они согласятся на срочную апелляцию, они должны предоставить вам ответ **в течение 72 часов** с момента получения запроса на апелляцию.
- Если они дают **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса, мы должны предоставить одобренное покрытие лекарства **в течение 24 часов** с момента получения решения от IRO.

Сроки рассмотрения стандартной апелляции 2-го уровня

Если вы подаете стандартную апелляцию 2-го уровня, IRO должна предоставить вам ответ:

- **в течение семи календарных дней** после получения апелляции по поводу лекарства, которое вы не получили;
- **в течение 14 календарных дней** после получения апелляции по поводу возмещения расходов на уже приобретенное вами лекарство.

Если IRO дает **положительный ответ** относительно части или всего вашего запроса:

- Мы должны предоставить одобренное покрытие лекарства **в течение 72 часов** с момента получения решения от IRO.
- Мы должны возместить вам расходы на уже приобретенное вами лекарство в течение 30 календарных дней с момента получения решения от IRO.
- Если IRO дает **отрицательный ответ** по вашей апелляции, это означает, что они согласны с нашим решением не одобрять ваш запрос. Это называется «поддержанием решения» или «отклонением апелляции».

Если IRO дает **отрицательный ответ** по вашей апелляции 2-го уровня, у вас есть право подать апелляцию 3-го уровня, если стоимость запрашиваемого вами лекарства в долларовом выражении превышает установленный минимум. Если стоимость запрашиваемого вами лекарства в долларовом выражении меньше необходимого минимума, вы не можете подать еще одну апелляцию. В этом случае решение по апелляции 2-го уровня является окончательным. IRO отправит вам письмо с указанием

минимальной стоимости в долларовом выражении, необходимой для подачи апелляции 3-го уровня.

Если стоимость запрашиваемого вами лекарства в долларовом выражении соответствует требованию, вы должны решить, желаете ли вы продолжить апелляционный процесс.

- После 2-го уровня предусмотрено еще три дополнительных уровня апелляционного процесса.
- Если IRO дает **отрицательный ответ** по вашей апелляции 2-го уровня, при этом ваш случай соответствует требованию для продолжения апелляционного процесса, вам следует:
  - Решить, хотите ли вы подать апелляцию 3-го уровня.
  - Подробнее о порядке подачи апелляции 3-го уровня см. в письме, отправленном IRO после рассмотрения вашей апелляции 2-го уровня.

Апелляциями 3-го уровня занимается судья ALJ или уполномоченный третейский судья. Информацию об апелляциях 3-го, 4-го и 5-го уровня см. в **разделе J**.

H. Запрос на покрытие более длительного пребывания в больнице

При поступлении в больницу вы имеете право на получение всех покрываемых услуг больницы, которые требуются для диагностики и лечения вашей болезни или травмы. Дополнительную информацию о покрытии услуг больницы нашим планом страхования см. в **главе 4** настоящего *Справочника участника плана*.

На протяжении всего вашего пребывания в больнице в рамках страхового покрытия ваш врач и сотрудники больницы будут готовить вас ко дню выписки. Они также помогут организовать уход, который может понадобиться вам после выписки.

- День, когда вы покидаете больницу, называется «датой выписки».
- О дате выписки вам сообщает ваш врач или сотрудник больницы.

Если вы считаете, что вас просят покинуть больницу преждевременно, или вас беспокоит вопрос о вашем медицинском обслуживании после выписки, вы можете попросить продлить ваше пребывание в больнице. В этом разделе рассказывается, как это сделать.

Помимо подачи апелляций, рассмотренных в данном **разделе H**, вы также можете подать в департамент DMHC жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы по поводу дальнейшего пребывания в больнице. Подробнее о том, как подать жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в департамент

DMHC, см. в **разделе F4**. Вы можете подать запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в дополнение к апелляции 3-го уровня или вместо нее.

H1. Ваши права в качестве участника программы Medicare

В течение двух дней после поступления в больницу сотрудник или медсестра предоставит вам письменное уведомление под названием «Важное сообщение о ваших правах от Medicare». Все участники программы Medicare получают экземпляр этого уведомления при каждом поступлении в больницу.

Если вы не получили это уведомление, попросите его у любого сотрудника больницы. Если вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы. Вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно, без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.

- **Внимательно прочитайте уведомление** и задайте вопросы, если вам что-то неясно. Уведомление содержит информацию о ваших правах как пациента больницы, включая право:
    - Получать во время пребывания в больнице и после выписки покрываемое программой Medicare обслуживание. Вы имеете право знать, в чем состоит это обслуживание, кто за него платит и где вы его можете получить.
    - Участвовать в принятии решений о длительности вашего пребывания в больнице.
    - Знать о том, как сообщать о любых сомнениях в качестве помощи, которую вы получаете в больнице.
    - Подавать апелляцию по поводу решения о выписке из больницы, если вы считаете, что вас выписывают слишком рано.
- **Подпишите уведомление** в подтверждение того, что вы его получили и понимаете свои права.
    - Уведомление можете подписать вы или лицо, действующее от вашего имени.
    - Подписание уведомления подтверждает **только** факт ознакомления с информацией о ваших правах. Подписание **не означает**, что вы согласны с датой выписки, которую вам мог назвать ваш врач или сотрудники больницы.
- **Сохраните вашу копию** подписанного уведомления. В ней вы сможете найти необходимую вам информацию.

Если вы подписали уведомление более чем за два дня до даты вашей выписки из больницы, вы получите еще один экземпляр перед выпиской.

Чтобы посмотреть копию данного уведомления заранее, вы можете:

- Позвонить в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы.
- Позвонить в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Посетить веб-сайт www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Подача апелляции 1-го уровня

Чтобы попросить нас покрыть услуги пребывания в больнице в течение большего количества времени, подайте апелляцию. Организация повышения качества обслуживания (QIO) рассмотрит апелляцию 1-го уровня, чтобы проверить, оправдана ли с медицинской точки зрения назначенная вам дата выписки.

Организация QIO представляет собой группу врачей и других медицинских специалистов, услуги которых оплачиваются федеральным правительством. Эти эксперты выполняют проверку качества обслуживания участников программы Medicare и помогают повысить качество работы. Они не сотрудничают с нашим планом страхования.

В штате California в качестве организации QIO выступает Commence Health. Позвоните им по номеру 1-877-588-1123 (TTY: 711). Контактные данные также представлены в уведомлении под названием «Важное сообщение о ваших правах от Medicare» и в **главе 2**.

Позвонить в организацию QIO нужно до того, как вы покинете больницу, и не позднее запланированной даты выписки.

- **Если вы позвоните до того, как покинете больницу**, вы сможете остаться в стационаре после запланированной даты выписки бесплатно, пока вы ждете принятия решения по вашей апелляции от организации QIO.
- **Если вы не позвоните, чтобы подать апелляцию**, и решите остаться в больнице после запланированной даты выписки, вам, возможно, придется оплатить все расходы на стационарное лечение, которое вы получите после запланированной даты выписки.
- Поскольку пребывание в больнице покрывают обе программы — и Medicare, и Medi-Cal, если Организация повышения качества обслуживания не рассматривает

ваш запрос на дальнейшее пребывание в больнице или вы считаете, что у вас срочная ситуация, существует непосредственная и серьезная угроза для вашего здоровья либо вы испытываете сильную боль, то вы также можете подать жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в Департамент управляемого медицинского обслуживания (DMHC) штата California. Подробнее о том, как подать жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в департамент DMHC, см. в **разделе F4**.

Если вам нужна помощь, обращайтесь за ней. Если у вас есть вопросы или вам необходима помощь:

- Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы.
- Позвоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California по номеру 1-800-434-0222.

Попросите рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке. Действуйте быстро и свяжитесь с организацией QIO для подачи запроса о проведении срочного пересмотра вашей выписки из больницы.

> Юридический термин для **срочного пересмотра** — **«незамедлительный пересмотр»** или **«ускоренный пересмотр»**.

Как проходит процедура срочного пересмотра

- Специалисты по пересмотру в организации QIO спросят вас или вашего представителя, почему вы считаете, что страховое покрытие необходимо продлить после запланированной даты выписки. Вы не обязаны, но можете предоставить письменное заявление.
- Специалисты по пересмотру также проанализируют вашу медицинскую документацию, поговорят с вашим врачом и изучат информацию, предоставленную больницей и нашим планом.
- К полудню дня, следующего за тем, когда эксперты сообщат нашему плану о вашей апелляции, вы получите письменное уведомление. В письме также приводятся причины, по которым ваш врач, больница и мы считаем, что именно эта дата выписки является для вас оправданной с медицинской точки зрения.

Юридический термин для такого письменного разъяснения — «**Подобное уведомление о выписке**». Вы можете получить образец уведомления, позвонив в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы, либо по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.) Вы также можете изучить образец уведомления онлайн по адресу www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Организация QIO предоставит вам ответ на вашу апелляцию в течение суток после получения всей необходимой информации.

Если организация QIO даст **положительный ответ** по вашей апелляции:

- Мы будем предоставлять покрываемые услуги пребывания в больнице в течение периода, пока они необходимы вам по медицинским показаниям.

Если организация QIO даст **отрицательный ответ** по вашей апелляции:

- Они согласны с тем, что запланированная дата вашей выписки обоснована с медицинской точки зрения.
- Наше покрытие ваших услуг стационарного лечения закончится в полдень дня, следующего за датой предоставления вам ответа на вашу апелляцию организацией QIO.
- Возможно, вам придется оплатить все расходы на больничный уход, полученный после полудня дня, следующего за датой предоставления вам ответа на вашу апелляцию организацией QIO.
- Если организация QIO отклонила вашу апелляцию 1-го уровня **и при этом** вы остались в больнице после запланированной даты выписки, вы можете подать апелляцию 2-го уровня.

H3. Подача апелляции 2-го уровня

Во время рассмотрения апелляции 2-го уровня вы направляете в организацию QIO запрос о повторном рассмотрении решения, принятого ею по вашей апелляции 1-го уровня. Позвоните им по номеру 1-877-588-1123 (TTY: 711).

Вы должны запросить такой пересмотр **в течение 60 календарных дней** с даты **отклонения** организацией QIO вашей апелляции 1-го уровня. Вы можете запросить пересмотр решения, **только** если вы остаетесь в больнице после того дня, когда страховое покрытие лечения в больнице закончилось.

Специалисты организации QIO:

- Еще раз тщательно ознакомятся со всей информацией, имеющей отношение к вашей апелляции.
- Сообщат вам о своем решении по вашей апелляции 2-го уровня в течение 14 календарных дней с момента получения вашего запроса о проведении повторного пересмотра.

Если организация QIO даст **положительный ответ** по вашей апелляции:

- Мы должны возместить вам нашу долю расходов на стационарное лечение, полученное вами с полудня дня, следующего за датой отклонения организацией QIO вашей апелляции 1-го уровня.
- Мы будем предоставлять покрываемые услуги пребывания в больнице в течение периода, пока они необходимы вам по медицинским показаниям.

Если организация QIO даст **отрицательный ответ** по вашей апелляции:

- Они согласны с решением в отношении апелляции 1-го уровня и не изменят его.
- Они направят вам письмо с описанием действий, которые необходимо предпринять, если вы хотите продолжить апелляционный процесс и подать апелляцию 3-го уровня.
- Вы можете также подать в департамент DMHC жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы для дальнейшего пребывания в больнице. Подробнее о том, как подать жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в департамент DMHC, см. в **разделе F4**.

Апелляциями 3-го уровня занимается судья ALJ или уполномоченный третейский судья. Информацию об апелляциях 3-го, 4-го и 5-го уровня см. в **разделе J**.

I. Запрос на дальнейшее покрытие определенных медицинских услуг

В этом разделе представлены сведения только о трех типах услуг, которые вы, возможно, получаете:

- услуги по медицинскому уходу на дому,
- квалифицированный сестринский уход в соответствующем учреждении, **и**

- услуги по реабилитации, которые вы получаете амбулаторно в одобренном программой Medicare центре CORF. Как правило, это означает, что вы получаете лечение по поводу болезни или травмы либо восстанавливаетесь после обширного оперативного вмешательства.

В отношении любого из этих трех типов услуг вы имеете право получать покрываемые услуги до тех пор, пока врач считает, что вы в них нуждаетесь.

Если мы решаем прекратить страховое покрытие, мы сообщаем вам об этом **до того**, как заканчивается ваше обслуживание. После окончания покрытия этой услуги мы перестанем ее оплачивать.

Если вы считаете, что мы собираемся прекратить страховое покрытие слишком рано, **вы можете подать апелляцию на наше решение**. В этом разделе рассказывается, как подать апелляцию.

I1. Предварительное уведомление до окончания вашего покрытия

Мы направим вам письменное уведомление, которые вы получите как минимум за два дня до прекращения нами покрытия вашего медицинского обслуживания. Такое уведомление называется «Уведомление о прекращении страхового покрытия по программе Medicare». В уведомлении будет указана дата, на которую мы прекратим покрытие вашего медицинского обслуживания, и будет описано, как обжаловать наше решение.

Вы или ваш представитель должны подписать уведомление, чтобы подтвердить получение. Подписание уведомления подтверждает **только** факт ознакомления с информацией. Подписание **не означает**, что вы согласны с нашим решением.

I2. Подача апелляции 1-го уровня

Если вы считаете, что мы собираемся прекратить страховое покрытие слишком рано, вы можете подать апелляцию на наше решение. В этом разделе содержатся сведения о процедуре апелляции 1-го уровня и необходимых действиях.

- **Соблюдайте сроки.** Соблюдать сроки очень важно. Усвойте и соблюдайте крайние сроки, применимые к требуемым от вас действиям. Наш план страхования также должен соблюдать крайние сроки. Если вы считаете, что мы не соблюдаем установленные сроки, вы можете подать жалобу. Дополнительную информацию о жалобах см. в **разделе K**.

- **Если вам нужна помощь, обращайтесь за ней.** Если у вас есть вопросы или вам необходима помощь:

- Позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы.
- Позвоните HICAP по номеру 1-800-434-0222.

- **Обратитесь в организацию QIO.**
  - Дополнительную информацию об организации QIO и способах связи с ней см. в **разделе H2** или в **главе 2** настоящего *Справочника участника плана*.
  - Попросите их рассмотреть вашу апелляцию и решить, есть ли необходимость в изменении решения нашего плана.
- **Действуйте быстро и подайте запрос на «ускоренное рассмотрение апелляции».** Уточните в организации QIO, обосновано ли с медицинской точки зрения решение о прекращении покрытия ваших медицинских услуг.

Срок обращения в эту организацию

- Вы должны обратиться в организацию QIO для начала апелляционного процесса к полудню дня, предшествующего началу действия полученного вами Уведомления о прекращении страхового покрытия по программе Medicare.
- Если Организация повышения качества обслуживания не рассматривает ваш запрос на дальнейшее покрытие медицинского обслуживания или вы считаете, что у вас срочная ситуация, существует непосредственная и серьезная угроза для вашего здоровья либо вы испытываете сильную боль, то вы можете подать жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в Департамент управляемого медицинского обслуживания (DMHC) штата California. Подробнее о том, как подать жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в департамент DMHC, см. в **разделе F4**.

Юридический термин для такого письменного уведомления — **«Уведомление о прекращении страхового покрытия по программе Medicare»**. Чтобы получить образец уведомления, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номерам, указанным в нижней части страницы, либо позвоните Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. Либо получите экземпляр онлайн по адресу www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Что происходит при ускоренном рассмотрении апелляции

- Специалисты по пересмотру в организации QIO спросят вас или вашего представителя, почему вы считаете, что страховое покрытие услуг необходимо продлить. Вы не обязаны, но можете предоставить письменное заявление.
- Специалисты по пересмотру также проанализируют вашу медицинскую документацию, поговорят с вашим врачом и изучат предоставленную нашим планом информацию.
- Наш план также направляет вам письменное уведомление с объяснением причин прекращения нашего покрытия получаемых вами услуг. Вы получите уведомление до конца дня, в который специалисты по пересмотру сообщат нам о вашей апелляции.

> Юридический термин для такого уведомления с разъяснением — **«Подробное объяснение прекращения страхового покрытия»**.

- Специалисты по пересмотру предоставят вам свое решение в течение суток с момента получения всей необходимой информации.

Если организация QIO даст **положительный ответ** по вашей апелляции:

- Мы будем предоставлять покрываемые услуги в течение периода, пока они необходимы вам по медицинским показаниям.

Если организация QIO даст **отрицательный ответ** по вашей апелляции:

- Покрытие получаемых вами услуг прекращается в установленную нами дату.
- Мы прекратим оплачивать расходы на это обслуживание на дату, указанную в уведомлении.
- Если вы решите и дальше получать медицинский уход на дому, обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода или услуги CORF после даты прекращения действия страхового покрытия, вам придется полностью оплачивать это обслуживание самостоятельно.
- Вы должны решить, хотите ли вы продолжить получать эти услуги и подать апелляцию 2-го уровня.

I3. Подача апелляции 2-го уровня

Во время рассмотрения апелляции 2-го уровня вы направляете в организацию QIO запрос о повторном рассмотрении решения, принятого ею по вашей апелляции 1-го уровня. Позвоните по номеру 1-877-588-1123 (TTY: 1-866-868-2289).

Вы должны запросить такой пересмотр **в течение 60 календарных дней** с даты **отклонения** организацией QIO вашей апелляции 1-го уровня. Вы можете запросить пересмотр решения, **только** если продолжаете получать обслуживание после даты окончания его страхового покрытия.

Специалисты организации QIO:

- Еще раз тщательно ознакомятся со всей информацией, имеющей отношение к вашей апелляции.
- Сообщат вам о своем решении по вашей апелляции 2-го уровня в течение 14 календарных дней с момента получения вашего запроса о проведении повторного пересмотра.

Если организация QIO даст **положительный ответ** по вашей апелляции:

- Мы возместим вам расходы на медицинское обслуживание, полученное вами после даты, на которую по нашим словам должно было изначально прекратиться страховое покрытие.
- Мы будем предоставлять страховое покрытие обслуживания в течение периода, пока оно необходимо вам по медицинским показаниям.

Если организация QIO даст **отрицательный ответ** по вашей апелляции:

- Они согласны с нашим решением прекратить ваше обслуживание и не изменят его.
- Они направят вам письмо с описанием действий, которые необходимо предпринять, если вы хотите продолжить апелляционный процесс и подать апелляцию 3-го уровня.
- Вы можете подать в департамент DMHC жалобу или запрос на проведение независимой медицинской экспертизы для дальнейшего страхового покрытия оказываемых вам медицинских услуг. Подробнее о том, как подать запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в департамент DMHC, см. в **разделе F4**. Вы можете подать жалобу и запрос на проведение независимой медицинской экспертизы в департамент DMHC в дополнение к апелляции 3-го уровня или вместо нее.

Апелляциями 3-го уровня занимается судья ALJ или уполномоченный третейский судья. Информацию об апелляциях 3-го, 4-го и 5-го уровня см. в **разделе J**.

J. Апелляции уровней выше 2-го

J1. Что можно предпринять дальше, когда речь идет об услугах и товарах, покрываемых по программе Medicare

Если вы подадите апелляцию 1-го уровня и апелляцию 2-го уровня в отношении услуг и товаров в рамках Medicare и обе ваши апелляции будут отклонены, вы можете претендовать на подачу апелляций дальнейших уровней.

Если стоимость (в долларовом выражении) услуги или товара в рамках Medicare, по поводу которых вы подали апелляцию, не превышают определенный минимум, вы не можете подавать дальнейшие апелляции. Если стоимость в долларовом выражении достаточно высока, вы можете продолжить апелляционный процесс. В письме, которое вы получите от IRO по поводу апелляции 2-го уровня, разъясняется, к кому следует обращаться и как подавать апелляцию 3-го уровня.

Апелляция 3-го уровня

На 3-м уровне рассмотрение апелляции представляет собой слушание, которое проводит судья ALJ. Решение принимается судьей ALJ или уполномоченным третейским судьей, работающим на федеральное правительство.

Если судья ALJ или уполномоченный третейский судья дает **положительный ответ** по вашей апелляции, у нас есть право обжаловать решение по апелляции 3-го уровня, принятое в вашу пользу.

- 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 услугу.
- Если мы решим **не подавать апелляцию** по поводу решения, мы должны будем разрешить предоставление услуги или предоставить ее вам в течение 60 календарных дней после получения решения судьи ALJ или уполномоченного третейского судьи.
    - Если судья ALJ или уполномоченный третейский судья дает **отрицательный ответ** по вашей апелляции, апелляционный процесс может быть продолжен.
- Если вы решите **согласиться** с решением об отклонении вашей апелляции, апелляционный процесс завершается.

- Если вы решите **не соглашаться** с решением об отклонении вашей апелляции, вы можете перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня

Апелляционный совет Medicare (Совет) рассмотрит вашу апелляцию и предоставит вам ответ. Совет входит в состав федерального правительства.

Если Совет **одобряет** вашу апелляцию 4-го уровня или отклоняет наш запрос на пересмотр решения по апелляции 3-го уровня, принятого в вашу пользу, у нас есть право подать апелляцию 5-го уровня.

- Если мы решим **подать апелляцию** по поводу решения, мы сообщим вам об этом в письменном виде.
- Если мы решим **не подавать апелляцию** по поводу решения, мы должны будем разрешить предоставление услуги или предоставить ее вам в течение 60 календарных дней после получения решения Совета.

Если Совет **отказывает** или отклоняет наш запрос на пересмотр, апелляционный процесс может быть продолжен.

- Если вы решите **согласиться** с решением об отклонении вашей апелляции, апелляционный процесс завершается.
- Если вы решите **не соглашаться** с решением об отклонении вашей апелляции, у вас может иметься возможность перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. В полученном вами уведомлении будет указано, можете ли вы подать апелляцию 5-го уровня и что нужно для этого сделать.

Апелляция 5-го уровня

- Судья Федерального окружного суда рассмотрит вашу апелляцию и всю соответствующую информацию и предоставит **положительный** или **отрицательный ответ**. Данное решение является окончательным. Федеральный окружной суд является последним уровнем подачи апелляции.

J2. Дополнительные уровни подачи апелляции Medi-Cal

У вас также есть другие права на апелляцию, если ваша апелляция касается услуг или товаров, обычно покрываемых в рамках Medi-Cal. В письме, которое вы получите от отдела апелляций и слушаний, будет указано, что вы можете предпринять, если пожелаете продолжить апелляционный процесс.

В письме, которое вы получите от отдела разбирательств на уровне штата, будет указано, что вы можете предпринять, если пожелаете продолжить апелляционный процесс.

J3. 3-й, 4-й и 5-й уровни апелляции по поводу запросов на лекарства по программе Medicare Part D

Этот раздел 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. В письменном ответе на вашу апелляцию 2-го уровня разъясняется, к кому следует обращаться и как подавать апелляцию 3-го уровня.

Апелляция 3-го уровня

На 3-м уровне рассмотрение апелляции представляет собой слушание, которое проводит судья ALJ. Решение принимается судьей ALJ или уполномоченным третейским судьей, работающим на федеральное правительство.

Если судья ALJ или уполномоченный третейский судья дает **положительный ответ** по вашей апелляции**:**

- Апелляционный процесс завершается.
- Мы обязуемся авторизовать или предоставить одобренное покрытие лекарства в течение 72 часов (или 24 часов в случае ускоренного рассмотрения апелляции) либо совершить оплату в течение 30 календарных дней после получения решения.

Если судья ALJ или уполномоченный третейский судья дает **отрицательный ответ** по вашей апелляции, апелляционный процесс может быть продолжен.

- Если вы решите **согласиться** с решением об отклонении вашей апелляции, апелляционный процесс завершается.
- Если вы решите **не соглашаться** с решением об отклонении вашей апелляции, 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

Совет рассмотрит вашу апелляцию и предоставит вам ответ. Совет входит в состав федерального правительства.

Если Совет дает **положительный ответ** по вашей апелляции:

- Апелляционный процесс завершается.
- Мы обязуемся авторизовать или предоставить одобренное покрытие лекарства в течение 72 часов (или 24 часов в случае ускоренного рассмотрения апелляции) либо совершить оплату в течение 30 календарных дней после получения решения.

Если Совет дает **отрицательный ответ** по вашей апелляции либо если Совет отклоняет запрос на пересмотр, апелляционный процесс может быть продолжен.

- Если вы решите **согласиться** с решением об отклонении вашей апелляции, апелляционный процесс завершается.
- Если вы решите **не соглашаться** с решением об отклонении вашей апелляции, у вас может иметься возможность перейти к следующему уровню процедуры пересмотра. В полученном вами уведомлении будет указано, можете ли вы подать апелляцию 5-го уровня и что нужно для этого сделать.

Апелляция 5-го уровня

- Судья Федерального окружного суда рассмотрит вашу апелляцию и всю соответствующую информацию и предоставит **положительный** или **отрицательный ответ**. Данное решение является окончательным. Федеральный окружной суд является последним уровнем подачи апелляции.

K. Порядок подачи жалобы

K1. В случае каких проблем нужно подавать жалобу

Процедура подачи жалоб используется только для определенных типов проблем, в частности, в отношении качества медицинского обслуживания, времени ожидания, координации медицинского обслуживания и обслуживания клиентов. Ниже приведены примеры видов проблем, регулируемых при помощи процедуры подачи жалоб.

Жалоба	Пример
Качество медицинского обслуживания	• Вас не устраивает качество обслуживания, которое вы получили, например, в больнице.
Соблюдение конфиденциальности	• Вы считаете, что кто-то не уважал ваше право на тайну частной жизни или раскрыл конфиденциальную информацию о вас.
Неуважительное отношение, низкое качество клиентского обслуживания или другие виды нежелательного обращения	• Поставщик медицинских услуг или его сотрудник вел себя с вами грубо или неуважительно. • Наши сотрудники плохо с вами обращались. • Вы считаете, что вас принуждают покинуть наш план страхования.
Доступ для лиц с ограниченными возможностями и языковое сопровождение	• Вы физически не можете попасть в медицинское учреждение или в кабинет врача или поставщика услуг для получения медицинских услуг. • Ваш врач или поставщик услуг не предоставляет услуги устного переводчика с языка, отличного от английского, на котором вы говорите (например, американский жестовый язык или испанский язык). • Ваш поставщик услуг не предоставляет адекватные удобства, которые вам необходимы и которые вы запрашиваете.
Время ожидания	• Вам трудно договориться о времени приема у врача или вам приходится слишком долго ждать, пока вам назначат время приема. • Врачи, фармацевты или другие медицинские специалисты, сотрудники отдела обслуживания участников плана или другие сотрудники плана заставляют вас долго ждать.
Чистота	• Клиника, больница или кабинет врача кажутся вам недостаточно чистыми.

Жалоба	Пример
Предоставляемая нами информация	• Вы считаете, что мы должны были прислать вам уведомление или письмо, но не сделали этого. • Вы считаете, что письменная информация, которую мы вам прислали, слишком сложна для понимания.
Своевременность в отношении решений о страховом покрытии или апелляций	• Вы полагаете, что мы не соблюдаем установленные сроки принятия решения о страховом покрытии или ответа на вашу апелляцию. • Вы полагаете, что после получения решения о страховом покрытии или апелляции в вашу пользу мы не соблюдаем установленные сроки одобрения или предоставления вам услуги либо возмещения расходов на определенные медицинские услуги. • Вы считаете, что мы не передали ваш случай в IRO в установленные сроки.

Жалобы бывают различных типов. Вы можете подать внутреннюю жалобу и/или внешнюю жалобу. Внутренняя жалоба подается в наш план и рассматривается им. Жалоба с независимым рассмотрением подается в организацию, не связанную с нашим планом, и рассматривается ее представителями. Если вам нужна помощь с подачей внутренней жалобы и/или жалобы с независимым рассмотрением, вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, указанному в нижней части страницы.

> Юридический термин для жалобы — **«претензия»**.
>
> Юридический термин для фразы «подача жалобы» — **«предъявление претензии»**.

K2. Внутренние жалобы

Чтобы подать внутреннюю жалобу, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Вы можете подать жалобу в любой момент, если только

речь не идет о лекарстве по программе Medicare Part D. Если жалоба касается лекарства по программе Medicare Part D, вы должны подать ее в течение **60 календарных дней** с момента возникновения оснований для жалобы.

- Если от вас требуются еще какие-либо действия, отдел обслуживания участников плана сообщит вам об этом.
- Кроме того, вы можете подать жалобу в письменном виде. Если вы составите жалобу в письменном виде, мы ответим на нее в письменном виде.
- Если вы запрашиваете ответ в письменном виде, мы отвечаем вам письмом. Если вы подаете жалобу (претензию) в письменном виде либо ваша жалоба связана с качеством медицинского обслуживания, мы предоставим вам ответ в письменном виде.
- В течение пяти календарных дней мы сообщим вам письмом, что получили вашу жалобу.

Мы должны уведомить вас о своем решении по вашей жалобе так быстро, как этого требует состояние вашего здоровья, но не позднее 30 календарных дней с момента получения вашей жалобы. В некоторых случаях вы имеете право просить об ускоренном рассмотрении вашей жалобы. Это процедура называется «подачей срочной жалобы». 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 Medicare Part D.
- Мы ответили отказом на запрос об ускоренном рассмотрении апелляции по поводу отказа в покрытии медицинского обслуживания или лекарства по программе Medicare Part D.
- Мы решили, что нам требуется дополнительное время для рассмотрения вашего запроса на медицинское обслуживание.
- Мы решили, что нам требуется дополнительное время для рассмотрения вашей апелляции по поводу отказа в покрытии медицинского обслуживания.
- Жалобу по поводу лекарств, покрываемых по программе Medicare Part D, нужно подавать в течение 60 календарных дней с момента возникновения оснований для жалобы. Все другие типы жалоб должны быть поданы нам или поставщику медицинских услуг в любое время с момента возникновения происшествия или действия, которое вызвало у вас недовольство.

- Если вы подаете жалобу, поскольку мы отклонили ваш запрос на срочное решение о страховом покрытии или срочную апелляцию, вы можете запросить «срочную жалобу», которая рассматривается в ускоренном порядке; ответ вы получаете в течение 24 часов.

> **Юридический термин** для фразы «рассмотрение срочной жалобы» — **«ускоренное рассмотрение претензии»**.

При возможности мы ответим вам незамедлительно. Если вы обращаетесь к нам с жалобой по телефону, мы можем дать ответ в течение разговора. Если состояние вашего здоровья требует от нас быстрого ответа, мы ответим быстро.

- На большинство жалоб мы отвечаем в течение 30 календарных дней. Если мы не примем решение в течение 30 календарных дней, поскольку нам нужна дополнительная информация, мы сообщим вам об этом в письменном виде. Мы также сообщим вам, на каком этапе находится рассмотрение вашей жалобы и когда мы предполагаем принять решение.
- Если вы подаете жалобу, поскольку мы отклонили ваш запрос на срочное решение о страховом покрытии или срочную апелляцию, ваша жалоба автоматически получает статус срочной и рассматривается в ускоренном порядке; ответ вы получаете в течение 24 часов.
- Если вы подаете жалобу, поскольку мы использовали дополнительное время для принятия решения о страховом покрытии или рассмотрения апелляции, ваша жалоба автоматически получает статус срочной и рассматривается в ускоренном порядке; ответ вы получаете в течение 24 часов.

Если мы не соглашаемся со всей вашей жалобой или ее частью, мы сообщим вам об этом и объясним причины нашего решения. Мы ответим независимо от того, согласны мы с жалобой или нет.

К3. Жалобы в другие организации

Medicare

Вы можете сообщить о своей жалобе и направить ее в программу Medicare. Форма подачи жалобы Medicare доступна по адресу: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. От вас не требуется подавать жалобу в Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) перед подачей жалобы в Medicare.

Программа Medicare серьезно относится к вашим жалобам и использует эту информацию для улучшения качества обслуживания в рамках программы Medicare.

Если у вас есть другие пожелания, предложения или вопросы либо вы считаете, что план медицинского страхования не решает вашу проблему, вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. Звонок бесплатный.

Medi-Cal

Вы можете подать жалобу омбудсмену в рамках программы Medi-Cal Managed Care Департамента здравоохранения (DHCS) штата California, позвонив по номеру 1-888-452-8609. При использовании TTY набирайте 711. Звоните с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m.

Вы можете подать жалобу в Департамент управляемого медицинского обслуживания (DMHC) штата California. Департамент DMHC регулирует работу планов медицинского страхования. Вы можете позвонить в Справочный центр департамента DMHC и обратиться за помощью при подаче жалоб по поводу услуг в рамках программы Medi-Cal. По несрочным вопросам вы можете подать жалобу в департамент DMHC, если вас не удовлетворяет решение по вашей апелляции 1-го уровня или если план не принял решение по вашей жалобе в течение 30 календарных дней. Однако вы можете обратиться в департамент DMHC без подачи апелляции 1-го уровня, если вам нужна помощь с подачей жалобы, связанной с неотложной проблемой или проблемой, которая непосредственно и серьезно угрожает вашему здоровью, если вы испытываете сильную боль, если вы не согласны с решением нашего плана по вашей жалобе или если наш план не принял решение по вашей жалобе через 30 календарных дней.

Обратиться в Справочный центр можно двумя способами:

- Позвоните по номеру **1-888-466-2219**. Лица с глухотой, нарушениями слуха или речи могут использовать бесплатный номер TTY: **1-877-688-9891**. Звонок бесплатный.

- Посетите веб-сайт Департамента управляемого медицинского обслуживания (**www.dmhc.ca.gov**).

Office for Civil Rights (OCR)

Вы можете подать жалобу в управление OCR Департамента здравоохранения и социального обеспечения (HHS), если считаете, что с вами обращались несправедливо. Например, вы можете подать жалобу на условия для людей с ограниченными возможностями или на помощь переводчика. Номер телефона OCR: 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697. Дополнительную информацию см. на веб-сайте www.hhs.gov/ocr.

Кроме того, вы можете обратиться в местное отделение OCR по следующему адресу:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Номер телефона: 1-800-368-1019
TTY: 1-800-537-7697
Факс: 1-202-619-3818

Вы также можете иметь права в соответствии с Законом о защите прав граждан США с ограниченными возможностями (ADA) и в соответствии с Законом Унру о гражданских правах. Вы можете обратиться за помощью в управление омбудсмена Medi-Cal Managed Care и по вопросам психического здоровья. Звоните по номеру 1-888-452-8609 (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. PST, за исключением праздников.

QIO

При наличии жалоб на качество медицинской помощи у вас есть два варианта действий:

- Вы можете подать жалобу в отношении качества медицинского обслуживания напрямую в организацию QIO.
- Вы можете подать жалобу в организацию QIO и в наш план. Если вы подадите жалобу в организацию QIO, мы будем работать над разрешением вашей жалобы совместно с ней.

Организация QIO — это группа практикующих врачей и других специалистов в области медицины, услуги которых оплачиваются федеральным правительством в целях осуществления проверки и повышения качества обслуживания участников программы Medicare. Подробнее об организации QIO см. в **разделе H2** или в **главе 2** настоящего *Справочника участника плана*.

В штате California организация QIO называется Commence Health. Номер телефона организации Commence Health: 1-877-588-1123 (TTY: 711).

Глава 10. Прекращение участия в нашем плане страхования

Введение

В этой главе объясняются способы прекращения вашего участия в нашем плане страхования и варианты вашего страхового покрытия после выхода из плана. Если вы покинете наш план страхования, вы по-прежнему останетесь участником программ Medicare и Medi-Cal, пока будете соответствовать критериям участия в них. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе настоящего *Справочника участника плана*.

Содержание

A. Когда вы можете прекратить участие в нашем плане страхования 331

B. Порядок прекращения участия в нашем плане страхования 333

C. Как получать услуги в рамках Medicare и Medi-Cal по отдельности 334

C1. Услуги, доступные вам в рамках Medicare 334

C2. Услуги, доступные вам в рамках Medi-Cal 339

D. Медицинские товары, услуги и лекарства до прекращения вашего участия в нашем плане страхования 339

E. Другие ситуации, когда ваше участие в нашем плане страхования прекращается 339

F. Правила, запрещающие требовать от вас выхода из нашего плана страхования по любой связанной с состоянием здоровья причине 341

G. Ваше право подать жалобу в случае исключения из нашего плана страхования 342

H. Как получить дополнительную информацию о прекращении участия в плане страхования 342

A. Когда вы можете прекратить участие в нашем плане страхования

Большинство участников программы Medicare могут прекратить участие в плане страхования в определенные периоды года. Поскольку вы участвуете в программе Medi-Cal, вам доступно несколько возможностей выйти из нашего плана страхования, в том числе в любой месяц года.

Кроме того, вы можете прекратить участие в нашем плане страхования в следующие периоды в течение каждого года:

- **Открытый период регистрации** с 15 октября по 7 декабря. Если вы выбираете новый план страхования в этот период, ваше участие в нашем плане прекращается 31 декабря, а участие в новом плане начнется 1 января.
- **Открытый период регистрации Medicare Advantage (MA)** с 1 января по 31 марта, а также для новых участников программы Medicare, вступивших

в план: 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. Если вы выбираете новый план страхования в этот период, ваше участие в новом плане начнется в первый день следующего месяца.

Могут существовать другие ситуации, когда у вас есть право сменить план страхования. Например, в следующих случаях:

- вы переезжаете из нашей зоны обслуживания,
- изменились параметры вашего соответствия условиям программы Medi-Cal или программы «Дополнительная помощь» **или**
- вы недавно поступили в учреждение сестринского ухода или больницу, предоставляющую долгосрочный уход, получаете уход в одном из таких учреждений в данный момент либо только что выписались из такого учреждения.

Ваше участие прекращается в последний день месяца, в который мы получили ваш запрос на прекращение обслуживания в нашем плане. Например, если мы получили ваш запрос 18 января, ваше страховое покрытие в рамках нашего плана прекращается 31 января. Если вы зарегистрируетесь в другом плане, ваше новое страховое покрытие начнется в первый день следующего месяца (в этом примере — 1 февраля).

Если вы прекращаете участие в нашем плане, вам будет полезна следующая информация:

- варианты участия в программе Medicare, приведенные в таблице в **разделе C1**;
- варианты участия и услуги по программе Medi-Cal, приведенные в **разделе C2**.

Вы можете получить дополнительную информацию о порядке выхода из плана страхования, позвонив в следующие организации:

- Отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части страницы. Там также указан номер для пользователей TTY.
- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. TTY: 711. Чтобы получить дополнительную

информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP. Организация «Варианты медицинского обслуживания» по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 6 p.m. При использовании TTY набирайте 1-800-430-7077.

- Омбудсмен Medi-Cal Managed Care по номеру 1-888-452-8609 с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. или по электронной почте MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ПРИМЕЧАНИЕ. Возможно, вы не сможете сменить план, если являетесь участником программы контроля приема лекарств (DMP). Информацию о программах контроля приема лекарств см. в **главе 5** настоящего *Справочника участника плана*.

B. Порядок прекращения участия в нашем плане страхования

Если вы решите прекратить свое участие в плане страхования, вы можете зарегистрироваться в другом плане Medicare или перейти в Original Medicare. Однако, если вы хотите перейти из нашего плана в программу Original Medicare и при этом не выбрали отдельный план покрытия лекарств Medicare, вы должны подать заявку на выход из нашего плана. Вы можете подать заявку на прекращение участия двумя способами:

- Вы можете отправить нам запрос в письменном виде. Для получения дополнительной информации о предусмотренном порядке действий обратитесь в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части этой страницы.

- Позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи TTY (люди с нарушениями слуха или речи) могут воспользоваться номером 1-877-486-2048. Позвонив по номеру 1-800-MEDICARE, вы также можете вступить в план страхования Medicare с покрытием медицинского обслуживания или лекарственных препаратов. Дополнительную информацию о получении услуг в рамках Medicare после выхода из нашего плана см. в таблице в разделе C1.

- Позвоните в организацию «Варианты медицинского обслуживания» по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 6 p.m. При использовании TTY набирайте 1-800-430-7077.

- **В разделе C** ниже описаны действия, которые вы можете предпринять, чтобы зарегистрироваться в другом плане, что также приведет к прекращению вашего участия в нашем плане страхования.

C. Как получать услуги в рамках Medicare и Medi-Cal по отдельности

Вам доступно несколько вариантов получения услуг в рамках Medicare и Medi-Cal, если вы решите выйти из нашего плана страхования.

C1. Услуги, доступные вам в рамках Medicare

В любой месяц года у вас есть четыре перечисленных ниже варианта получения услуг по программе Medicare. В определенные периоды года для вас предусмотрен указанный ниже дополнительный вариант, в том числе в **открытый период регистрации** и **открытый период регистрации на участие в программе Medicare Advantage** либо в других ситуациях, описанных в **разделе A**. Выбирая один из этих вариантов, вы автоматически прекращаете участие в нашем плане страхования.

1. Вы можете выбрать: **План Medicare Medi-Cal (план Medi-Medi) — тип плана Medicare Advantage. Он предназначен для участников как Medicare, так и Medi-Cal, при этом объединяя покрываемые услуги в рамках Medicare и в рамках Medi-Cal в единый план страхования. Планы Medi-Medi обеспечивают координацию всех покрываемых услуг и льгот в рамках обеих программ, включая все покрываемые услуги Medicare и Medi-Cal или план в рамках Программы комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей (PACE), если вы соответствуете критериям.** **Примечание.** «План Medi-Medi» — это название интегрированных планов страхования для лиц с особыми потребностями и правом на участие в двух программах страхования (D-SNP) в штате California.	**Порядок действий:** Позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. По вопросам о Программе комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей (PACE) звоните по номеру 1-855-921-PACE (7223). Если вам нужна помощь или дополнительная информация: • Позвоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP/. **ИЛИ** Вступите в новый план Medi-Medi. Вы будете автоматически исключены из нашего плана Medicare, когда вступит в силу страховое покрытие по вашему новому плану. Ваш план Medi-Cal сменится для соответствия вашему плану Medi-Medi.

2. Вы можете выбрать: **Original Medicare с участием в отдельном плане покрытия лекарств в рамках Medicare, а также план Medi-Cal.**	**Порядок действий:** Позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. Если вам нужна помощь или дополнительная информация: ● Позвоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP/. **ИЛИ** Вступите в новый план покрытия лекарств в рамках Medicare. Вы будете автоматически исключены из нашего плана страхования, когда вступит в силу ваше страховое покрытие в рамках Original Medicare. Вы останетесь участником вашего плана Medi-Cal, если только не выберете другой план страхования.

3. Вы можете выбрать: **Original Medicare без участия в отдельном плане покрытия лекарств в рамках Medicare при наличии у вас веской причины выйти из плана страхования** **ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы переходите в программу Original Medicare и при этом не вступаете в отдельный план покрытия лекарств в рамках Medicare, программа Medicare может включить вас в план покрытия лекарств самостоятельно, если только вы не сообщите Medicare о своем отказе вступать в такой план. Отказываться от страхового покрытия лекарств следует только в том случае, если у вас есть покрытие лекарств из другого источника, например от работодателя или профсоюза. Если у вас возникли вопросы о необходимости страхового покрытия лекарств, позвоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Порядок действий:** Позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. Если вам нужна помощь или дополнительная информация: ● Позвоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP/. Вы будете автоматически исключены из нашего плана страхования, когда вступит в силу ваше страховое покрытие в рамках Original Medicare. Вы останетесь участником вашего плана Medi-Cal, если только не выберете другой план страхования.

4. Вы можете выбрать: **Любой план медицинского страхования Medicare** в определенные периоды года, в том числе в **открытый период регистрации** и **открытый период регистрации на участие в программе Medicare Advantage** либо в других ситуациях, описанных в **разделе А**.	**Порядок действий:** Позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048. По вопросам о Программе комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей (PACE) звоните по номеру 1-855-921-PACE (7223). Если вам нужна помощь или дополнительная информация: ● Позвоните в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP) штата California по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. Чтобы получить дополнительную информацию или найти офис HICAP в вашем районе, посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/HICAP/. **ИЛИ** Зарегистрируйтесь в новом плане Medicare. Вы будете автоматически исключены из нашего плана Medicare, когда вступит в силу страховое покрытие по вашему новому плану. Ваш план Medi-Cal может смениться.

C2. Услуги, доступные вам в рамках Medi-Cal

По вопросам о порядке получения услуг в рамках Medi-Cal после выхода из нашего плана страхования обращайтесь в организацию «Варианты медицинского обслуживания» по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 6 p.m. При использовании TTY набирайте 1-800-430-7077. Либо посетите веб-сайт www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Узнайте, как вступление в другой план страхования или возвращение в программу Original Medicare влияет на получение вами страхового покрытия в рамках Medi-Cal.

D. Медицинские товары, услуги и лекарства до прекращения вашего участия в нашем плане страхования

Если вы прекращаете участие в нашем плане страхования, может пройти некоторое время, прежде чем ваше участие в нем будет завершено и начнет действовать ваше новое покрытие по программам Medicare и Medi-Cal. В этот период вы продолжите получать лекарства и медицинское обслуживание через наш план страхования, пока не начнет действовать ваш новый план.

- Пользуйтесь услугами наших сетевых поставщиков услуг для получения медицинской помощи.
- Для получения лекарств по рецепту обращайтесь в наши сетевые аптеки, в том числе посредством оформления заказа с доставкой по почте.
- Если вас госпитализировали в день завершения вашего участия в плане Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP), наш план страхования покроет ваше пребывание в больнице до выписки. Это правило действует, даже если ваше новое страховое покрытие вступит в силу до вашей выписки.

E. Другие ситуации, когда ваше участие в нашем плане страхования прекращается

В случаях, указанных ниже, мы будем вынуждены прекратить ваше участие в нашем плане страхования:

- Ваше страховое покрытие по программам Medicare Part A и Medicare Part B прерывается.
- Вы теряете право на страховое покрытие по программе Medi-Cal. Наш план страхования предназначен для лиц, имеющих право участвовать как в программе Medicare, так и в программе Medi-Cal. Примечание. Если вы теряете право на

страховое покрытие по программе Medi-Cal, вы временно можете продолжать получать покрываемые услуги в рамках Medicare; см. ниже информацию о периоде, когда вы считаетесь все еще имеющими право на участие в плане страхования. Если вы больше не отвечаете особым требованиям к участникам нашего плана, ваше участие в нем прекратится через 3 месяца (период, когда вы считаетесь все еще имеющими право на участие в плане страхования). 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.

- Вы переезжаете из нашей зоны обслуживания.
- Вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания на протяжении более шести месяцев.
    - Если вы переезжаете или надолго уезжаете, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана и выясните, находится ли то место, куда вы едете, в нашей зоне обслуживания.
- Вы отправляетесь в тюрьму за уголовное преступление.
- Вы солгали нам или предоставили неполную информацию о других имеющихся у вас страховках, предоставляющих покрытие лекарств.
- Вы больше не являетесь гражданином или подданным Соединенных Штатов либо не имеете право на получение пособий в качестве иностранного гражданина, не являющегося гражданином США.
    - Чтобы быть участником нашего плана страхования, вы должны быть гражданином или подданным США либо лицом, имеющим право на получение пособий в качестве иностранного гражданина, не являющегося гражданином США.
    - Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS) известят вас, если вы не соответствуете критериям для дальнейшего участия в плане на этом основании.
    - Если вы не соответствуете этим требованиям, мы будем вынуждены прекратить ваше участие в плане страхования.

Если в случае потери права на участие в программе Medi-Cal есть основание полагать, что в течение 3 месяцев вы можете восстановить это право, мы продолжим предоставлять

вам услуги по программе Medicare, покрываемые планом Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Если действие вашего полиса Medi-Cal прекращается, мы больше не будем оплачивать предоставляемые вам услуги по программе Medi-Cal. Мы оплатим все расходы по программе Medicare, которые программа Medi-Cal покрыла бы, если бы вы не потеряли право на участие в программе Medi-Cal. Для получения дополнительной информации позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части страницы.

Мы поможем вам восстановить право на участие в программе Medi-Cal. Если ваше право на участие в программе Medi-Cal будет восстановлено, пока вы по-прежнему зарегистрированы у нас для получения покрытия Medicare, мы возобновим оплату услуг, покрываемых Medi-Cal, для вас, а ваше участие в нашем плане продолжится. Если вам не удастся восстановить право на участие в Medi-Cal в течение 3 месяцев, мы исключим вас из Medi-Cal. Если вы восстановите право на участие в программе Medi-Cal после того, как вас исключили из нее, вам нужно будет связаться с нами, чтобы снова зарегистрироваться в плане.

Мы можем исключить вас из нашего плана страхования по следующим причинам, только получив разрешение от программ Medicare и Medi-Cal:

- Вы намеренно предоставили нам неточную информацию при вступлении в наш план, что обеспечило ваше соответствие критериям для участия.
- Вы постоянно демонстрируете деструктивное поведение, из-за чего нам сложно предоставлять медицинское обслуживание вам и другим участникам плана.
- Вы позволяете другому лицу получать медицинскую помощь по вашей ID-карте участника плана. (Программа Medicare может отправить генеральному инспектору запрос на проведение расследования вашего случая, если ваше участие в плане страхования прекращено по этой причине.)

F. Правила, запрещающие требовать от вас выхода из нашего плана страхования по любой связанной с состоянием здоровья причине

Мы не можем просить вас покинуть наш план страхования по любым причинам, связанным с состоянием вашего здоровья. Если вы считаете, что вас просят покинуть наш план страхования по причине, связанной с вашим здоровьем, **позвоните в Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.

G. Ваше право подать жалобу в случае исключения из нашего плана страхования

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. Информацию о порядке подачи жалобы см. также в **главе 9** настоящего *Справочника участника плана*.

H. Как получить дополнительную информацию о прекращении участия в плане страхования

Если у вас возникли вопросы или вам нужна дополнительная информация о порядке выхода из плана страхования, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному в нижней части этой страницы.

Глава 11. Предусмотренные законом уведомления

Введение

В этой главе представлены предусмотренные законом уведомления, которые относятся к вашему участию в нашем плане страхования. Основные термины и их определения приводятся в алфавитном порядке в последней главе настоящего *Справочника участника плана*.

Содержание

A. Уведомление о регулирующем законодательстве 344

B. Федеральное уведомление о недопущении дискриминации 344

C. Уведомление о недопущении дискриминации в рамках программы Medi-Cal 344

D. Уведомление о том, что Medicare является вторым плательщиком, а Medi-Cal — плательщиком последней инстанции 346

E. Уведомление о возмещении средств за счет имущества по программе Medi-Cal 347

F. Возмещение расходов на услуги, оплаченных нашим планом в рамках плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 347

G. Карта участника 350

H. Мошенничество в отношении плана медицинского страхования 351

I. Действия плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) в форс-мажорных обстоятельствах 351

A. Уведомление о регулирующем законодательстве

В отношении настоящего *Справочника участника плана* действует много различных законов. Эти законы могут влиять на ваши права и обязанности, даже если они не упоминаются или не разъясняются в настоящем *Справочнике участника плана*. Основными применяемыми законами выступают федеральные законы и законы штата о программах Medicare и Medi-Cal. Кроме того, могут действовать другие федеральные законы и законы штата.

B. Федеральное уведомление о недопущении дискриминации

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 отношения:

- Позвоните в Office for Civil Rights Департамента здравоохранения и социального обеспечения по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697. Дополнительную информацию см. также на веб-сайте www.hhs.gov/ocr.

C. Уведомление о недопущении дискриминации в рамках программы Medi-Cal

Мы не допускаем дискриминации и не меняем своего отношения к вам 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. Помимо этого, мы не допускаем незаконной дискриминации людей, не отказываем им в обслуживании и предоставляем одинаковый уровень обслуживания всем людям независимо от происхождения, этнической принадлежности, гендерной идентичности, семейного положения или заболевания.

Если вам нужна дополнительная информация или у вас возникли опасения по поводу дискриминации или несправедливого отношения:

- Позвоните в Office for Civil Rights Департамента здравоохранения по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711 (служба коммутируемых сообщений). Если вы считаете, что подверглись дискриминации, и хотите подать претензию, позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Вы также можете связаться с нами по почте:

  MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations
  P.O. Box 10198
  Van Nuys, CA 91410-0198
  go.wellcare.com/HealthNetCA

Если ваша претензия на дискриминацию относится к программе Medi-Cal, вы также можете подать жалобу в Office of Civil Rights Департамента здравоохранения по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- По телефону: позвоните по номеру 916-440-7370. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером 711 (служба коммутируемых сообщений).
- В письменной форме: заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Формы для подачи жалоб можно найти на веб-сайте www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- В электронном виде: отправьте электронное письмо по адресу CivilRights@dhcs.ca.gov.

Если в связи с ограниченностью ваших возможностей вам нужна помощь при получении медицинского обслуживания или обращении к поставщику услуг, позвоните в отдел обслуживания участников плана. Если вы хотите пожаловаться, например, на проблему с доступом в медицинское учреждение для лиц, использующих инвалидные коляски, отдел обслуживания участников плана может вам помочь.

D. Уведомление о том, что Medicare является вторым плательщиком, а Medi-Cal — плательщиком последней инстанции

В некоторых случаях предоставляемые вам услуги должны в первую очередь оплачиваться другими лицами. Например, если вы попали в автомобильную аварию или получили травму на работе, сначала ваше лечение оплачивается автомобильной страховкой или страховкой, обеспечивающей компенсацию пострадавшим на рабочем месте (Workers Compensation).

Мы имеем право и обязанность взимать плату за покрываемые Medicare услуги, в отношении которых Medicare не является первым плательщиком.

Мы соблюдаем федеральные законы и нормативно-правовые акты, а также законы и нормативно-правовые акты штата в отношении правовой ответственности третьих сторон за медицинское обслуживание участников программы страхования. Мы предпринимаем все надлежащие меры для того, чтобы программа Medi-Cal являлась плательщиком последней инстанции.

Поскольку Medi-Cal является плательщиком последней инстанции, участники программы Medi-Cal обязаны задействовать все иное страховое покрытие (OHC) перед задействованием покрытия Medi-Cal, если одна и та же услуга доступна вам в рамках нескольких программ страхового покрытия. Это означает, что в большинстве случаев Medi-Cal будет выступать вторым плательщиком по отношению к Medicare OHC, покрывая допустимые расходы, не оплаченные нашим планом страхования или иным страхованием OHC, на суммы, не превышающие ставки Medi-Cal.

E. Уведомление о возмещении средств за счет имущества по программе Medi-Cal

Программа Medi-Cal должна взыскивать возмещение средств за счет завещанного имущества некоторых умерших участников программы в качестве оплаты услуг в рамках Medi-Cal, полученных со дня их 55-летия. Возмещение средств касается страховых взносов/подушных платежей по программам сдельной оплаты услуг и управляемого медицинского обслуживания за услуги учреждения сестринского ухода, услуги по уходу на дому и по месту жительства, а также сопутствующие услуги больницы и рецептурные препараты, полученные во время пребывания участника программы в качестве стационарного пациента в учреждении сестринского ухода или во время получения услуг по уходу на дому и по месту жительства. Сумма возмещаемых средств не может превышать стоимости завещанного имущества участника.

Чтобы узнать больше, посетите веб-сайт Департамента здравоохранения, посвященный возмещению средств за счет имущества: www.dhcs.ca.gov/er. Либо позвоните по номеру 916-650-0590.

F. Возмещение расходов на услуги, оплаченных нашим планом в рамках плана Wellcare Health Net Dual Align (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, или
- 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.

G. Карта участника

Карта участника, выданная нашим планом страхования в соответствии с настоящим *Справочником участника плана*, предназначена только для установления вашей личности. Владение картой участника не дает права на получение услуг или других льгот в рамках настоящего *Справочника участника плана*. Чтобы иметь право на услуги или льготы в соответствии с настоящим *Справочником участника плана*, владелец карты должен соответствовать критериям для получения страхового покрытия и быть зарегистрированным как участник в соответствии с настоящим *Справочником участника плана*. Лицо, получающее услуги, на которые оно не имеет права в соответствии с настоящим *Справочником участника плана*, будет нести ответственность за оплату этих услуг. Во время получения услуги участник должен предъявить карту участника плана, а не карту участника программы Medicare. Если вам необходимо заменить карту участника, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру, указанному внизу страницы.

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.

H. 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 1-800-977-3565 (TTY: 711). Горячая линия для сообщений о мошенничестве работает круглосуточно, без выходных. Все звонки строго конфиденциальны.

I. Действия плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) в форс-мажорных обстоятельствах

В той мере, в которой стихийные бедствия, военные действия, нарушения общественного спокойствия, массовые беспорядки, эпидемии, полное или частичное разрушение учреждений, атомные взрывы и иные виды высвобождения ядерной энергии, нетрудоспособность значимого персонала медицинской группы, чрезвычайные положения или другие подобные обстоятельства, не зависящие от нашего плана, приводят к тому, что учреждения или персонал Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) не могут предоставлять либо организовывать услуги или страховое покрытие в соответствии с настоящим *Справочником участника плана*, обязательства плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) предоставлять такие услуги или страховое покрытие ограничиваются требованием, чтобы план Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) добросовестно прилагал все усилия для предоставления либо организации предоставления таких услуг или страхового покрытия с учетом имеющихся у учреждений возможностей и доступности персонала.

Глава 12. Определения важных терминов

Введение

В этой главе приводятся основные термины, используемые в настоящем *Справочнике участника плана*, а также их определения. Термины перечислены в алфавитном порядке. Если вы не можете найти нужный термин или вам нужна дополнительная информация помимо приведенного определения, обратитесь в отдел обслуживания участников плана.

Повседневная деятельность (ADL). Действия, выполняемые ежедневно, такие как прием пищи, пользование туалетом, одевание, принятие ванны или чистка зубов.

Судья по административным делам. Судья по административным делам (ALJ) — это судья, который проводит разбирательства дел с участием государственных органов и выносит решения по таким делам. Судья, рассматривающий апелляции 3-го уровня.

Программа помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP). Программа, помогающая обеспечить соответствующим критериям лицам с ВИЧ/СПИДом доступ к жизненно важным лекарственным препаратам от ВИЧ-инфекции.

Амбулаторный хирургический центр. Учреждение, которое проводит амбулаторные хирургические операции пациентам, не нуждающимся в стационарном лечении, а также пациентам, которым, предположительно, не требуется более 24 часов ухода.

Апелляция. Способ подать возражение на предпринятое нами действие, если вы считаете, что мы допустили ошибку. Подав апелляцию, вы можете попросить нас изменить решение о страховом покрытии. **Глава 9** настоящего *Справочника участника плана* содержит сведения об апелляциях, включая порядок их подачи.

Выставление счета на остаток суммы. Практика, при которой поставщик услуг выставляет пациенту счет на разницу между общей суммой выставленных пациенту счетов и суммой, оплаченной планом медицинского страхования пациента.

Психическое здоровье. Все, что касается эмоционального, психологического и социального благополучия. Проще говоря, то, как мы думаем, чувствуем и взаимодействуем с другими. Это всеобъемлющий термин, который используется при обсуждении услуг в сфере психического здоровья и при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Биологический препарат. Препарат, изготовленный из природных и живых источников, таких как клетки животных и 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. Биологический препарат, который очень похож на оригинальный биологический препарат, но не идентичен ему. Биоаналоги настолько же безопасны и эффективны, как и оригинальные биологические препараты. Некоторые биоаналоги можно получить в аптеке вместо оригинального биопрепарата без необходимости получать новый рецепт. (См. пункт «Равноценный биоаналог».)

Патентованный лекарственный препарат. Лекарство, которое производится и продается фармацевтической компанией, изначально разработавшей его. Патентованные лекарственные препараты содержат те же ингредиенты, что и их непатентованные аналоги. Непатентованные лекарственные препараты обычно производятся и продаются другими фармацевтическими компаниями и, как правило, недоступны до тех пор, пока не истечет срок действия патента на патентованные лекарственные препараты.

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

План медицинского обслуживания. См. пункт «Индивидуальный план медицинского обслуживания».

Группа медицинского обслуживания. См. пункт «Многопрофильная группа медицинского обслуживания».

Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов. Стадия покрытия лекарств по программе Medicare Part D, на которой наш план страхования оплачивает все расходы на ваши лекарства по программе Часть D до конца года. Вы переходите на эту стадию после того, как вы (или другие соответствующие критериям стороны от вашего лица) потратите $2,400 на покрываемые лекарства по программе Часть D в течение года. От вас не требуется ничего платить.

Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS). Федеральное агентство, управляющее программой Medicare. **Глава 2** настоящего *Справочника участника плана* содержит сведения о способах связи с CMS.

Услуги для взрослых пациентов по месту жительства (CBAS). Программа амбулаторного обслуживания на базе учреждения, включая квалифицированный сестринский уход, социальные услуги, трудовую терапию и логопедическую терапию, персональный уход, обучение и поддержку членов семьи/ухаживающего лица, услуги диетолога, транспортировку и прочие услуги для участников, отвечающих определенным критериям.

Жалоба. Письменное или устное заявление о том, что у вас возникли проблемы или затруднения с покрываемыми услугами или уходом. Такие проблемы могут быть связаны с качеством обслуживания и ухода, с нашими сетевыми поставщиками услуг или аптеками. Официальный термин для фразы «подача жалобы» — «предъявление претензии».

Центр комплексной амбулаторной реабилитации (CORF). Учреждение, которое главным образом предоставляет услуги по реабилитации пациентов после болезни, несчастного случая или серьезной операции. Такое учреждение предоставляет разнообразные услуги, включая физиотерапию, социальные или психологические услуги, дыхательную терапию, трудовую терапию, логопедическую терапию и услуги по оценке безопасности жилищно-бытовых условий.

Доплата. Фиксированная сумма, которую вы платите в качестве своей доли расходов каждый раз, когда получаете определенные услуги или препараты. Например, вы можете уплачивать за услугу или препарат $2 или $5.

Участие в расходах. Суммы, которые вам необходимо выплатить при получении определенных услуг или препаратов. Участие в расходах включает в себя доплаты.

Уровень участия в расходах. Группа лекарств, для которых предусмотрена одинаковая доплата. Каждое лекарство в *Перечне покрываемых лекарств* (другое название — *Перечень лекарств*) находится на одном из шести уровней участия в расходах. Как правило, чем выше уровень участия в расходах, тем больше сумма ваших расходов на лекарство.

Решение о страховом покрытии. Решение о том, каким будет страховое покрытие. Сюда относятся решения о покрываемых лекарствах и услугах или сумме, которую мы платим за предоставленные вам медицинские услуги. **Глава 9** настоящего *Справочника участника плана* содержит сведения о том, как запросить решение о страховом покрытии.

Покрываемые лекарственные препараты. Термин, используемый нами для обозначения всех покрываемых нашим планом рецептурных и безрецептурных (OTC) лекарств.

Покрываемые услуги. Общий термин, используемый нами для обозначения всех покрываемых нашим планом медицинских услуг, длительного обслуживания и поддержки, принадлежностей, рецептурных и безрецептурных препаратов, оборудования и прочих услуг.

Обучение компетентности в вопросах культуры. Обучение, во время которого нашим поставщикам медицинских услуг предоставляются дополнительные инструкции, помогающие им лучше понимать ваш культурный опыт, ценности и убеждения, чтобы адаптировать оказываемые услуги в соответствии с вашими социальными, культурными и языковыми потребностями.

Суточная сумма участия в расходах. Доля участия в расходах, которая может применяться, 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 лекарства.

Приведем пример: допустим, доплата за полный месячный запас (30-дневный запас) вашего лекарства составляет $1.65. Это означает, что вы платите за лекарство менее $0.06 в день. Если вы получаете семидневный запас лекарства, ваш платеж составит менее $0.06, умноженное на семь дней, т. е. в общей сложности менее $0.39.

Департамент здравоохранения (DHCS). Департамент штата California, который руководит работой программы Medicaid (другое название — Medi-Cal).

Департамент управляемого медицинского обслуживания (DMHC). Департамент штата California, который регулирует работу большинства планов медицинского страхования. Департамент DMHC помогает участникам плана с апелляциями и жалобами, связанными с услугами в рамках Medi-Cal. Кроме того, департамент DMHC проводит независимые медицинские экспертизы (IMR).

Выход из плана страхования. Процедура прекращения вашего участия в нашем плане страхования. Выход из плана страхования может быть добровольным (по вашему желанию) или принудительным (не по вашему желанию).

Программа контроля приема лекарств (DMP). Программа, помогающая обеспечить участникам плана страхования безопасное применение рецептурных опиоидных препаратов и других лекарств, которыми часто злоупотребляют.

Уровни лекарств. Группы лекарств в нашем *Перечне лекарств*. Примерами уровней лекарств выступают непатентованные, патентованные или безрецептурные (OTC) лекарства. Каждое лекарство из *Перечня лекарств* относится к одному из шести уровней.

План страхования для лиц с особыми потребностями и правом на участие в двух программах страхования (D-SNP). План медицинского страхования, который обслуживает лица, имеющие право на участие как в программе Medicare, так и в программе Medicaid. Наш план страхования представляет собой план D-SNP.

Медицинское оборудование длительного пользования (DME). Определенные изделия, которые ваш врач назначает вам для использования на дому. Примерами таких изделий служат инвалидные коляски, костыли, системы ортопедических матрасов, принадлежности для лиц с сахарным диабетом, заказываемые поставщиком услуг больничные койки для использования на дому, насосы для внутривенной инфузии, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование и принадлежности, небулайзеры и ходунки.

Экстренная ситуация. Неотложное состояние, при котором вы или любой другой человек, имеющий обычный уровень знаний о здоровье и медицине, предполагаете наличие у вас медицинских симптомов, которые требуют немедленного медицинского вмешательства для предотвращения смертельного исхода, потери части тела либо потери или серьезного нарушения функции организма (а также потери плода, если вы беременны). Такие медицинские симптомы могут включать заболевание, травму, сильную боль или быстро ухудшающееся состояние.

Экстренная медицинская помощь. Покрываемые услуги, необходимые для лечения неотложного состояния и предоставляемые поставщиком услуг, обученным оказывать экстренную медицинскую помощь и помощь в сфере психического здоровья.

Исключение из правил покрытия. Разрешение получить страховое покрытие лекарства, которое мы обычно не покрываем, или отмена определенных правил и ограничений, действующих для того или иного лекарства.

Исключенные услуги. Услуги, не покрываемые данным планом медицинского страхования.

«Дополнительная помощь». Программа Medicare, которая помогает лицам с ограниченными доходами и ресурсами уменьшить расходы на лекарства по программе Medicare Part D, включая страховые взносы, не покрываемые страховкой минимумы и доплаты. Программу «Дополнительная помощь» также называют «субсидией при низком доходе» или «LIS».

Непатентованный лекарственный препарат. Лекарство, одобренное FDA для применения вместо патентованного лекарственного препарата. Непатентованные лекарственные препараты имеют те же ингредиенты, что и патентованные аналоги. Обычно они действуют так же хорошо, как и патентованные лекарства, но стоят дешевле.

Претензия. Жалоба на нас, сетевого поставщика услуг или аптеку. Сюда относятся жалобы на качество ухода или услуг, предоставляемых вашим планом медицинского страхования.

Программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (HICAP). Программа, предоставляющая бесплатную и объективную информацию, а также консультирование по программе Medicare. **Глава 2** настоящего *Справочника участника плана* содержит сведения о способах связи с HICAP.

План медицинского страхования. Организация, состоящая из врачей, больниц, аптек, поставщиков долгосрочного обслуживания и прочих поставщиков услуг. В ней также работают координаторы медицинского обслуживания, которые помогают вам в организации всех услуг и координации поставщиков услуг. Все вместе они предоставляют вам необходимое обслуживание.

Оценка состояния здоровья (HRA). Процедура изучения вашей истории болезни и проверки текущего состояния здоровья. Используется, чтобы узнать ваше состояние здоровья и его возможные изменения в будущем.

Медицинская сиделка на дому. Лицо, которое предоставляет услуги, не требующие профессиональных навыков дипломированной медсестры или терапевта, такие как помощь с личной гигиеной (например, принятие ванны, пользование туалетом, одевание или выполнение предписанных упражнений). У сиделки на дому нет лицензии медицинской сестры; она не проводит лечение.

Хоспис. Программа по уходу и поддержке, помогающая лицам с терминальной стадией неизлечимого заболевания жить комфортно. Терминальная стадия неизлечимого заболевания означает, что в соответствии с медицинским заключением предполагаемая продолжительность жизни лица составляет не более шести месяцев.

- Участник плана страхования с терминальной стадией неизлечимого заболевания имеет право выбрать услуги хосписа.
- Специально обученная команда специалистов и ухаживающих лиц обеспечивает все обслуживание и уход такому лицу, включая физические, эмоциональные, социальные и духовные потребности.

- Мы обязаны предоставить вам список поставщиков услуг хосписа в вашем географическом регионе.

Неправильное/несоответствующее выставление счета. Ситуация, когда поставщик услуг (например, врач или больница) выставляет вам счет на сумму, превосходящую установленную нами долю участия в расходах на услуги. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, если вы получили какие-либо счета, в отношении которых у вас есть вопросы.

Поскольку мы оплачиваем полную стоимость оказываемых вам услуг, вы **не должны** участвовать в оплате расходов. Поставщики услуг не должны выставлять вам какие-либо счета за такие услуги.

Услуги поддержки на дому (IHSS). Программа IHSS помогает с оплатой услуг, предоставляемых участвующими в программе поставщиками услуг и необходимых для того, чтобы вы продолжали безопасно жить дома. Программа IHSS служит альтернативой обслуживанию вне дома, например, в центре сестринского ухода или учреждении с уходом и проживанием. Для получения услуг необходимо пройти оценку, по результатам которой определяются типы услуг, одобренные для каждого участника с учетом его или ее потребностей. Через программу IHSS могут быть одобрены такие типы услуг, как уборка дома, помощь с готовкой, стирка, покупка продуктов, помощь с личной гигиеной (например, помощь с опорожнением кишечника и мочевого пузыря, принятие ванны, уход за внешним видом и доврачебная медицинская помощь), сопровождение на приемы к врачу и надзор за пациентами с психическими нарушениями. Организацией программы IHSS занимаются отделения социальных служб на уровне округа.

Независимая медицинская экспертиза (IMR). Если мы отклонили ваш запрос на медицинские услуги или лечение, вы можете подать апелляцию. Если вас не удовлетворяет наше решение, при этом ваша проблема связана с услугой по программе Medi-Cal, включая принадлежности для DME и лекарства, вы можете попросить Департамент управляемого медицинского обслуживания штата California провести IMR. IMR — это проверка вашего дела экспертами, которые не сотрудничают с нашим планом. Если решение по результатам IMR будет в вашу пользу, мы должны предоставить вам запрошенную услугу или лечение. Вы ничего не платите за проведение IMR.

Независимая экспертная организация (IRO). Независимая организация, нанятая Medicare для рассмотрения апелляций 2-го уровня. 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. Официальное название организации — **независимый экспертный субъект**.

Индивидуальный план медицинского обслуживания (ICP или план медицинского обслуживания). План, в котором для вас предусмотрены определенные услуги и правила их получения. Ваш план может включать медицинские услуги, услуги в сфере психического здоровья, а также долгосрочное обслуживание и поддержку.

Стационарный. Термин, используемый, если вы были официально госпитализированы для получения квалифицированной медицинской помощи. Если вы не были официально госпитализированы в качестве стационарного пациента, вы можете считаться амбулаторным пациентом, даже если проведете в больнице ночь.

Интегрированный план D-SNP. План страхования для лиц с особыми потребностями и правом на участие в двух программах страхования, покрывающий услуги по программе Medicare и большинство или все услуги по программе Medicaid в рамках единого плана или связанных планов медицинского страхования для определенных групп лиц, имеющих право на участие как в Medicare, так и в Medicaid. Такие лица называются лицами, имеющими право на участие в двух программах с полным страховым покрытием.

Равноценный биоаналог. 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.

Многопрофильная группа медицинского обслуживания (ICT или группа медицинского обслуживания). В группу медицинского обслуживания могут входить врачи, медсестры, консультанты и прочие медицинские специалисты, готовые оказать вам необходимую помощь. Кроме того, группа медицинского обслуживания помогает вам составить план медицинского обслуживания.

***Перечень покрываемых лекарств (Перечень лекарств)*.** Список покрываемых нами рецептурных и безрецептурных (OTC) лекарственных препаратов. Лекарства в этом списке подбираются при участии врачей и фармацевтов. Из *Перечня лекарств* можно узнать, распространяются ли на ваши лекарства какие-либо правила. *Перечень лекарств* также иногда называется «справочником лекарств».

Долгосрочное обслуживание и поддержка (LTSS). К долгосрочному обслуживанию и поддержке относятся услуги, которые позволяют улучшить состояние при хронических заболеваниях. Большинство этих услуг призвано помочь вам продолжать жить дома без необходимости поступать в учреждение сестринского ухода или больницу. Услуги LTSS, покрываемые нашим планом страхования, включают услуги для взрослых

пациентов по месту жительства (CBAS), также известные как уход за взрослыми в дневное время; услуги учреждений сестринского ухода (NF) и услуги поддержки по месту жительства. Программа IHSS и альтернативные программы в соответствии с Разделом 1915(c) представляют собой варианты Medi-Cal LTSS, предоставляемые вне нашего плана страхования.

Субсидия при низком доходе (LIS). См. пункт «Дополнительная помощь».

Программа заказа лекарств с доставкой по почте. Некоторые планы страхования могут предлагать программу заказа лекарств с доставкой по почте, которая позволяет вам получить запас покрываемых рецептурных препаратов на период до трех месяцев, отправляемый непосредственно к вам на дом. Это удобный и экономный способ получения регулярно принимаемых лекарств.

Medicaid (или Medical Assistance). Программа под управлением федерального правительства и правительства штата, которая помогает лицам с ограниченными доходами и ресурсами оплачивать долгосрочное обслуживание и поддержку, а также медицинские расходы. Medi-Cal — это программа Medicaid в штате California.

Medi-Cal. Название программы Medicaid, действующей в штате California. Программу Medi-Cal предоставляет штат. Программа финансируется штатом и федеральным правительством.

- Она помогает лицам с ограниченными доходами и ресурсами оплачивать долгосрочное обслуживание и поддержку, а также медицинские расходы.
- Она охватывает дополнительные услуги и некоторые лекарства, не покрываемые программой Medicare.
- Программы Medicaid в разных штатах имеют свои отличия, однако большинство расходов на медицинское обслуживание покрывается в том случае, если вы имеете право на участие в обеих программах — и Medicare, и Medi-Cal.

Планы Medi-Cal. Планы, предоставляющие страховое покрытие только по программе Medi-Cal, в том числе покрывающие долгосрочное обслуживание и поддержку, медицинское оборудование и транспортировку. Страховое покрытие по программе Medicare предоставляется отдельно.

Необходимость по медицинским показаниям. Этот термин описывает услуги, принадлежности или лекарства, необходимые для предотвращения, диагностики либо лечения заболевания или для поддержания вашего текущего состояния здоровья. Сюда также относится уход, позволяющий вам избежать поступления в больницу или учреждение сестринского ухода. Кроме того, услуги, принадлежности или

лекарства должны соответствовать общепринятым стандартам медицинской практики. Необходимость по медицинским показаниям относится ко всем покрываемым услугам, которые целесообразны и необходимы для спасения жизни, предупреждения серьезной болезни или инвалидности либо для облегчения сильной боли посредством диагностики или лечения болезни, патологии или травмы.

Medicare. 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). Участники программы Medicare могут получить медицинское страховое покрытие Medicare, используя программу Original Medicare или план управляемого медицинского обслуживания (см. термин «План медицинского страхования»).

Medicare Advantage. Программа Medicare, также называемая «Medicare Part C» или «MA», которая предлагает планы MA через частные компании. Medicare оплачивает этим компаниям предоставление вам страхового покрытия Medicare.

Апелляционный совет Medicare (Совет). Совет, рассматривающий апелляции 4-го уровня. Совет входит в состав федерального правительства.

Услуги, покрываемые по программе Medicare. Услуги, покрываемые в рамках Medicare Part A и Medicare Part B. Все планы медицинского страхования Medicare, включая наш план, должны покрывать все услуги, покрываемые в рамках Medicare Part A и Medicare Part B.

Программа профилактики сахарного диабета Medicare (MDPP). Структурированная медицинская программа с целью изменения поведения, которая предусматривает обучение долгосрочному изменению рациона, увеличение физических нагрузок и стратегии для преодоления трудностей, связанных с поддержанием оптимального веса и ведением здорового образа жизни.

Участник программ Medicare и Medi-Cal. Лицо, имеющее право на страховое покрытие в рамках Medicare и Medicaid. Одновременных участников программ Medicare и Medicaid также называют «лицами, имеющими право на участие в двух программах».

Medicare Part A. Программа Medicare, которая покрывает большую часть необходимого по медицинским показаниям обслуживания в больнице, учреждении квалифицированного сестринского ухода, хосписе и на дому.

Medicare Part B. Программа Medicare, которая покрывает услуги (например, лабораторные анализы, операции и приемы у врача) и принадлежности (например, инвалидные коляски и ходунки), необходимые по медицинским показаниям для лечения болезни или патологии. Программа Medicare Part B также покрывает многие профилактические и скрининговые услуги.

Medicare Part C. Программа Medicare, которую также называют «Medicare Advantage» или «MA» и которая позволяет частным страховым компаниям предоставлять услуги по программе Medicare в рамках плана MA.

Medicare Part D. Программа Medicare по предоставлению страхового покрытия препаратов. Для краткости мы называем ее «программа Часть D». Программа Medicare Part D покрывает лекарства для амбулаторного лечения, вакцины и некоторые принадлежности, не покрываемые в рамках Medicare Part A, Medicare Part B или Medicaid. Наш план страхования включает страховое покрытие по программе Medicare Part D.

Лекарства по программе Medicare Part D. Лекарства, покрываемые в рамках Medicare Part D. Конгресс США специально исключил некоторые категории лекарств из покрытия по программе Medicare Part D. Программа Medicaid может покрывать некоторые из таких лекарств.

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. Дополнительную информацию см. в **главе 5** настоящего *Справочника участника плана*.

План Medi-Medi. План Medi-Medi — тип плана Medicare Advantage. Он предназначен для участников как Medicare, так и Medi-Cal, при этом объединяя покрываемые услуги в рамках Medicare и в рамках Medi-Cal в единый план страхования. Планы Medi-Medi обеспечивают координацию всех покрываемых услуг и льгот в рамках обеих программ, включая все покрываемые услуги Medicare и Medi-Cal.

Участник (участник нашего плана или участник плана). Лицо, участвующее в программах Medicare и Medi-Cal и имеющее право получать покрываемые услуги, которое было зарегистрировано в нашем плане и чья регистрация была подтверждена Центрами предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS) и штатом.

***Справочник участника плана* и условия предоставления страхового покрытия.** Настоящий документ вместе с вашей формой регистрации и любыми другими приложениями или дополнениями, которые содержат информацию о доступном вам страховом покрытии, наших обязанностях, а также ваших правах и обязанностях как участника нашего плана страхования.

Отдел обслуживания участников плана. Отдел в рамках нашего плана, ответственный за ответы на ваши вопросы об участии в плане, покрываемых услугах, претензиях и апелляциях. Дополнительную информацию об отделе обслуживания участников плана см. в **главе 2** настоящего *Справочника участника плана*.

Сетевая аптека. Аптека, которая дала согласие на выдачу лекарств по рецепту участникам нашего плана страхования. Мы называем такие аптеки «сетевыми», поскольку они согласились работать с нашим планом страхования. В большинстве случаев мы покрываем отпускаемые по рецепту лекарства, только если они получены в одной из наших сетевых аптек.

Сетевой поставщик услуг. Поставщик услуг, который работает с нашим планом страхования. Эти поставщики услуг согласны принимать полную оплату услуг посредством нашего плана. Мы договорились с этими поставщиками услуг о предоставлении вам покрываемых услуг. Счет за оказанную вам помощь сетевые поставщики услуг направляют непосредственно нам. При обращении к сетевому поставщику услуг вы обычно ничего не платите за покрываемые услуги. «Поставщик» является общим понятием, включающим врачей, медсестер и других лиц, предоставляющих услуги и уход. Этот термин также включает больницы, агентства по медицинскому обслуживанию на дому, клиники и другие учреждения, в которых оказывают медицинские услуги, предоставляют медицинское оборудование и долгосрочное обслуживание и поддержку.

Центр или учреждение сестринского ухода. Учреждение, где предоставляют уход людям, которые не нуждаются в лечении в больнице, но не могут получить необходимый уход дома.

Омбудсмен. Управление в вашем штате, которое выступает в качестве защитника ваших интересов. Сотрудники управления могут ответить на ваши вопросы, если у вас есть проблема или жалоба, а также разъяснить порядок действий для той или иной ситуации. Услуги омбудсмена предоставляются бесплатно. Дополнительную информацию см. в **главах 2 и 9** настоящего *Справочника участника плана*.

Заключение организации. Наш план страхования принимает заключение организации, когда мы или один из наших поставщиков услуг решаем, покрываются ли услуги или какова стоимость покрываемых услуг для вас. Заключения организации также называются «решениями о страховом покрытии». **Глава 9** настоящего *Справочника участника плана* содержит сведения о решениях 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 Medicare со сдельной оплатой услуг). Программа Original Medicare предоставляется правительством. В рамках Original Medicare услуги покрываются путем выплаты врачам, больницам и другим поставщикам медицинских услуг сумм, которые установлены Конгрессом США.

- Вы можете обращаться к любому врачу, в любую больницу и к любому другому поставщику медицинских услуг, если они работают по программе Medicare. Original Medicare состоит из двух частей: Medicare Part A (страхование при госпитализации) и Medicare Part B (медицинское страхование).
- Программа Original Medicare действует на всей территории США.
- Если вы не хотите быть участником нашего плана страхования, вы можете выбрать Original Medicare.

Внесетевая аптека. Аптека, которая не соглашалась сотрудничать с нашим планом с целью координации или предоставления покрываемых лекарств участникам нашего плана. Наш план страхования не покрывает большинство лекарств, приобретаемых во внесетевых аптеках, кроме особых случаев.

Внесетевой поставщик услуг или внесетевое медицинское учреждение. Поставщик услуг или учреждение, которые не являются сотрудниками нашего плана, не принадлежат ему, не находятся под его управлением и не имеют с планом договора о предоставлении участникам нашего плана покрываемых услуг. **Глава 3** настоящего *Справочника участника плана* содержит сведения о внесетевых поставщиках услуг и учреждениях.

Безрецептурные (OTC) лекарства. Безрецептурными называются лекарства или препараты, которые можно купить без рецепта от медицинского специалиста.

Часть A. См. пункт «Medicare Part A».

Часть B. См. пункт «Medicare Part B».

Часть C. См. пункт «Medicare Part C».

Часть D. См. пункт «Medicare Part D».

Лекарства по программе Часть D. См. пункт «Лекарства по программе Medicare Part D».

Личная информация о здоровье (другое название — конфиденциальная медицинская информация) (PHI). Информация о вас и вашем здоровье, в том числе ваше имя, адрес, номер социального страхования, данные о приемах у врача и история болезни. Дополнительную информацию о защите, использовании и раскрытии вашей PHI, а также ваших правах в отношении PHI см. в нашем Уведомлении о политике конфиденциальности.

Профилактические услуги. Медицинское обслуживание, направленное на предотвращение заболевания или его обнаружение на ранней стадии, когда лечение может быть наиболее эффективным (например, профилактические услуги включают цитологические мазки, прививки от гриппа и скрининговые маммограммы).

Поставщик первичного медицинского обслуживания (PCP). Врач или другой поставщик услуг, которого вы посещаете в первую очередь по большинству вопросов, связанных со здоровьем. Он или она обеспечивают получение вами необходимой медицинской помощи для поддержания здоровья.

- Он или она также могут обсуждать ваше лечение с другими врачами и поставщиками медицинских услуг и давать вам направление к другим специалистам.
- Во многих планах медицинского страхования Medicare вы должны сначала посетить своего поставщика первичного медицинского обслуживания, прежде чем обращаться к любому другому поставщику медицинских услуг.
- Информацию о получении услуг от поставщиков первичного медицинского обслуживания см. в **главе 3** настоящего *Справочника участника плана*.

Предварительное разрешение (PA). Разрешение, которое вы должны получить от нас, прежде чем сможете получить определенную услугу или лекарство либо обратиться

к внесетевому поставщику услуг. Наш план страхования может не покрыть услугу или лекарство, если вы сначала не получили разрешения.

Наш план страхования покрывает некоторые медицинские услуги в пределах сети только в том случае, если ваш врач или другой сетевой поставщик услуг получил от нас PA.

- Покрываемые услуги, которые требуют получения PA от нашего плана страхования, отмечены в **главе 4** настоящего *Справочника участника плана*.

Наш план страхования покрывает некоторые лекарства только в том случае, если вы получили от нас PA.

- Покрываемые лекарственные препараты, которые требуют получения PA от нашего плана страхования, отмечены в *Перечне покрываемых лекарств*, а действующие в их отношении правила опубликованы на нашем веб-сайте.

Программа комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей (PACE). Программа, которая предоставляет страховое покрытие в рамках Medicare и Medicaid одновременно лицам в возрасте от 55 лет, нуждающимся в значительном объеме медицинского обслуживания для проживания дома.

Протезы и ортопедические изделия. Медицинские устройства, назначенные вашим врачом или другим поставщиком медицинских услуг, которые включают, помимо прочего, ортезы для рук, спины и шеи, искусственные конечности, искусственные глаза, а также устройства, необходимые для замещения внутренних органов или компенсации их функции, включая принадлежности для ухода за стомой и энтеральное и парентеральное питание.

Поставщики услуг. Врачи, медсестры и другие люди, которые оказывают вам услуги и обеспечивают уход и при этом имеют лицензию штата. К поставщикам услуг также относятся больницы, агентства по медицинскому обслуживанию на дому, клиники и другие учреждения, которые предоставляют вам медицинские услуги, услуги в сфере психического здоровья, медицинское оборудование и определенные услуги LTSS.

Организация повышения качества обслуживания (QIO). Группа врачей и других медицинских специалистов, задача которых — повышение качества медицинского обслуживания участников программы Medicare. Работу организации QIO, направленную на контроль и улучшение качества ухода за пациентами, оплачивает федеральное правительство. Информацию об организации QIO см. в **главе 2** настоящего *Справочника участника плана*.

Количественные ограничения. Ограничение количества лекарства, которое вы можете получить. Мы можем ограничить количество лекарственного препарата, покрываемого по одному рецепту.

Real Time Benefit Tool (Инструмент проверки стоимости в реальном времени). Портал или компьютерное приложение, с помощью которого участники программы страхования могут найти полную, точную, своевременную, клинически приемлемую, специфическую для конкретного участника информацию о покрываемых лекарствах и страховом покрытии. Сюда входят суммы участия в расходах, альтернативные препараты, которые могут использоваться для лечения того же заболевания, что и данный препарат, а также ограничения на покрытие (предварительное разрешение, поэтапное лечение, количественные ограничения), которые применяются к альтернативным препаратам.

Направление. Направление — это разрешение от вашего поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) или от нас обратиться к поставщику услуг, отличному от вашего PCP. Если вы сначала не получите такое разрешение, мы можем не покрыть услуги. Вам не требуется направление для обращения к определенным специалистам, например к гинекологу. Дополнительную информацию о направлениях см. в **главах 3 и 4** настоящего *Справочника участника плана*.

Услуги по реабилитации. Лечение, позволяющее вам восстановиться после болезни, несчастного случая или серьезной операции. Эти услуги включают стационарную реабилитационную помощь, физиотерапию (амбулаторную), логопедическую терапию и трудовую терапию. Подробнее об услугах по реабилитации см. в **главе 4** настоящего *Справочника участника плана*.

Медицинская помощь по деликатным вопросам. Услуги, связанные с психическим, сексуальным и репродуктивным здоровьем, планированием семьи, лечением инфекций, передающихся половым путем (ИППП), ВИЧ/СПИДа и последствий сексуального насилия, проведением абортов, лечением расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, проведением терапии для подтверждения гендерной идентичности и лечением травм, связанных с агрессивными действиями сексуального партнера.

Зона обслуживания. Географическая область, в которой план медицинского страхования принимает участников, если участие ограничено по месту проживания. Для планов, устанавливающих ограничения относительно врачей и больниц, услугами которых вы можете пользоваться, как правило, это также область, где вы можете получить плановые (неэкстренные) услуги. Стать участниками нашего плана страхования могут только лица, проживающие в нашей зоне обслуживания.

Учреждение квалифицированного сестринского ухода (SNF). Учреждение сестринского ухода с персоналом и оборудованием для предоставления квалифицированного сестринского ухода, а также, как правило, квалифицированных услуг реабилитации и прочих сопутствующих медицинских услуг.

Обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF). Услуги квалифицированного сестринского ухода и реабилитации, которые предоставляются на постоянной, ежедневной основе в учреждении квалифицированного сестринского ухода. Примерами обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода служат физиотерапия или внутривенные (в/в) инъекции, которые может выполнять дипломированная медсестра или врач.

Специалист. Врач, специализирующийся на лечении определенных типов медицинских проблем. Например, хирург-ортопед занимается переломами костей; аллерголог лечит пациентов с аллергией; кардиолог занимается сердечными заболеваниями. В большинстве случаев для обращения к специалисту участнику потребуется направление от PCP.

Специализированная аптека. Подробнее о специализированных аптеках см. в **главе 5** настоящего *Справочника участника плана*.

Разбирательство на уровне штата. Если ваш врач или другой поставщик услуг запрашивает услугу в рамках Medi-Cal, которую мы не одобряем, либо если мы отказываемся продолжать оплачивать услугу в рамках Medi-Cal, которую вы уже получаете, вы имеете право запросить разбирательство на уровне штата. Если решение по результатам разбирательства на уровне штата будет в вашу пользу, мы должны предоставить вам запрашиваемую услугу.

Поэтапное лечение. Правило страхового покрытия, которое требует, чтобы вы попробовали принимать другое лекарство, прежде чем мы покроем запрашиваемое вами лекарство.

Дополнительный социальный доход (SSI). Ежемесячное пособие, выплачиваемое Службой социального обеспечения лицам с низким доходом и ограниченными ресурсами, которые относятся к одной из следующих категорий: лица с ограниченными физическими возможностями, слепые, а также лица в возрасте от 65 лет. Пособие SSI не равнозначно другим пособиям, выплачиваемым Службой социального обеспечения.

Неотложная медицинская помощь. Медицинская помощь, которую вы получаете в случае непредвиденной болезни, травмы или состояния, которые не относятся к экстренным ситуациям, но требуют безотлагательного лечения. Вы можете обращаться

за неотложной медицинской помощью к внесетевым поставщикам услуг, если вы не можете попасть на прием к сетевому поставщику услуг, поскольку это невозможно или нецелесообразно с учетом временных затрат, вашего местонахождения или текущих обстоятельств (например, если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана и нуждаетесь в незамедлительной помощи по медицинским показаниям в связи с непредвиденным состоянием, которое тем не менее не является неотложным).

Отдел обслуживания участников плана Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

ТЕЛЕФОН	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 также предоставляет бесплатные услуги перевода лицам, не владеющим английским языком.
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.
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
ВЕБ-САЙТ	go.wellcare.com/HealthNetCA

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 данного запроса о сборе информации — 0938-1444. 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.