

2026

Ապահովագրության վկայագիր

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

California H5649-009-000

Ventura վարչաբաժան

Ուժի մեջ է հունվարի 1-ից մինչև դեկտեմբերի 31-ը, 2026թ.

Հունվարի 1-ից մինչև դեկտեմբերի 31-ը, 2026թ.

Ապահովագրական վկայագիր 2026թ-ի համար

Ձեր Medicare-ի առողջապահական նպաստները և ծառայությունները, ինչպես նաև դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթը՝ որպես Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ի անդամ

Այս փաստաթուղթը ձեզ մանրամասներ է ներկայացնում 2026թ. հունվարի 1-ից դեկտեմբերի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ձեր Medicare-ի առողջապահական խնամքի և դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթի մասին: **Սա կարևոր իրավական փաստաթուղթ է: Խնդրում ենք պահել այն ապահով վայրում:**

Այս փաստաթուղթը բացատրում է ձեր արտոնություններն ու իրավունքները: Օգտվեք այս փաստաթղթից հասկանալու համար.

- Ձեր պլանի հավելավճարը և ծախսերի բաշխումը
- Ձեր բժշկական և դեղատոմսային դեղերի նպաստները
- Ինչպես բողոք ներկայացնել, եթե դուք գոհ չեք ծառայությունից կամ բուժումից
- Ինչպես կապ հաստատել մեզ հետ
- Medicare-ի օրենքով պահանջվող այլ պաշտպանական միջոցներ:

Այս փաստաթղթի վերաբերյալ հարցերի դեպքում դիմեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով: (TTY օգտագործողներին խնդրում ենք զանգահարել 711): Ժամեր՝ հոկտեմբերի 1-ից մինչև մարտի 31-ը, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m., շաբաթական՝ 7 օր: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Այս զանգն անվճար է:

Այս պլանը՝ Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP), առաջարկվում է Central Health Plan of California, Inc. -ի կողմից: (Երբ այս *Ապահովագրության վկայագրում* ասվում է «մենք», «մեզ» կամ «մեր», դա նշանակում է Central Health Plan of California, Inc.: Երբ ասվում է «պլան» կամ «մեր պլանը», դա նշանակում է Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)):

Այս փաստաթուղթն անվճար հասանելի է արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հնդկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տաղալերեն և վիետնամերեն:

Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս փաստաթուղթն անգլերենից բացի այլ լեզվով (լեզուներով) կամ այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոսքը տառատեսակի, բրայլյան գրի կամ ձայնագրության տեսքով: Զանգահարեք (866) 314-2427, (TTY՝ 711): Զանգն անվճար է:

Նպաստները, և/կամ համավճարները/համապահովագրությունը կարող են փոխվել 2027թ. հունվարի 1-ին:

Դեղաբանական տեղեկատու, դեղատների ցանցը և/կամ մատակարարների ցանցը կարող են փոխվել ցանկացած պահի: Դուք կստանաք ծանուցում ձեզ վրա ազդող ցանկացած փոփոխության մասին առնվազն 30 օր առաջ:

Central Health Medicare պլանը HMO/HMO SNP պլան է՝ Medicare-ի հետ կնքած պայմանագրով: Գրանցումը կախված է պայմանագրի երկարաձգումից:

Molina Healthcare-ը գործում է Դալասի օրենսդրությամբ սահմանված ֆադաբացիական իրավունքների համաձայն և թույլ չի տալիս խտրականություն՝ ըստ ռասայի, էթնիկ պատկանելության, ազգային ծագման, կրոնի, գենդերի, սեռի, տարիքի, մտավոր կամ ֆիզիկական համաճարման, առողջական վիճակի, բժշկական խնամքի ստացման, ապահովագրական հայտերի պատմության, բժշկական պատմության, գենետիկական տեղեկությունների, Ապահովագրության վկայագրի, աշխարհագրական դիրքի:

H5649_26_009_CA_EOC_C

CA-H5649-9-EC-HY-26-S-V2

2026թ. Ապահովագրության վկայագիր

Բովանդակություն

Գլուխ 1:	Ինչպես սկսել մասնակցի կարգավիճակում	4
ԲԱԺԻՆ 1	Դուք Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ի անդամ եք	4
ԲԱԺԻՆ 2	Ձեր իրավունակության պահանջները	5
ԲԱԺԻՆ 3	Անդամակցության կարևոր նյութեր	7
ԲԱԺԻՆ 4	Կարևոր ծախսերի ամփոփագիր	8
ԲԱԺԻՆ 5	Ավելի շատ տեղեկություններ ձեր ամսական ապահովագրավճարի մասին	12
ԲԱԺԻՆ 6	Պահպանել մասնակցի ձեր տվյալներն արդի վիճակում	13
ԲԱԺԻՆ 7	Ինչպես են այլ ապահովագրություններն աշխատում մեր պլանի հետ	13
Գլուխ 2:	Կարևոր հեռախոսահամարներ և աղբյուրներ	15
ԲԱԺԻՆ 1	Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) -ի կոնտակտային տվյալներ	15
ԲԱԺԻՆ 2	Ինչպես ստանալ օգնություն Medicare-ից	18
ԲԱԺԻՆ 3	Բժշկական ապահովագրության աջակցման նահանգային ծրագիր (SHIP)	19
ԲԱԺԻՆ 4	Որակի բարելավման կազմակերպություն (QIO)	20
ԲԱԺԻՆ 5	Սոցիալական ապահովություն	21
ԲԱԺԻՆ 6	Medicaid	21
ԲԱԺԻՆ 7	Ծրագրեր, որոնք օգնում են մարդկանց վնարել դեղատոմսային դեղերի համար	23
ԲԱԺԻՆ 8	Երկարուղային տրանսպորտի ոլորտի աշխատողների կենսաթոշակային հարցերով զբաղվող խորհուրդ (RRB)	25
ԲԱԺԻՆ 9	Արդյոք ունե՞ք խմբային ապահովագրություն կամ այլ բժշկական ապահովագրություն գործատուի կողմից ձեր	26
Գլուխ 3:	Ինչպես օգտվել պլանից ձեր բժշկական և ապահովագրված այլ ծառայությունների համար ...	27
ԲԱԺԻՆ 1	Ինչ պետք է իմանալ՝ որպես մեր պլանի անդամ բուժապաստիում և այլ ծառայություններ ստանալու վերաբերյալ	27
ԲԱԺԻՆ 2	Օգտվեք պլանի ցանցային մատակարարներից՝ բուժապաստիում և այլ ծառայություններ ստանալու համար	28
ԲԱԺԻՆ 3	Ինչպես ստանալ ծառայություններ արտակարգ իրավիճակում, աղետի կամ խնամքի անհետաձգելի անհրաժեշտության դեպքում	33
ԲԱԺԻՆ 4	Ի՞նչ անել, եթե ձեզ ուղղակիորեն հաշիվ է ուղարկվում ձեզ մատուցված ծառայությունների ամբողջական արժեքի դիմաց:	35
ԲԱԺԻՆ 5	Բժշկական ծառայություններ կլինիկական հետազոտության մասնակցելիս	35
ԲԱԺԻՆ 6	Կրոնական ոչ բժշկական հաստատությունում բուժօգնություն ստանալու կանոններ	37
ԲԱԺԻՆ 7	Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորման սեփականության կանոններ	38
Գլուխ 4:	Բժշկական նպաստի աղյուսակ (ինչն է ապահովագրված, և ինչ եք վճարում)	40
ԲԱԺԻՆ 1	Հասկանալ, թե որքան են կազմելու ձեր գրպանից վճարվող գումարները ձեր փոխհատուցվող ծառայությունների համար	40

Բովանդակություն

ԲԱԺԻՆ 2	Բժշկական նպաստի աղյուսակը ցույց է տալիս ձեր բժշկական նպաստների և արժեքների ցանկը	41
ԲԱԺԻՆ 3	Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ից դուրս փոխհատուցվող ծառայություններ	85
ԲԱԺԻՆ 4	Ծառայություններ, որոնք չեն փոխհատուցվում մեր պլանի միջոցով	85
Գլուխ 5:	Ինչպես օգտագործել պլանի ծածկույթը D մասի դեղերի համար	88
ԲԱԺԻՆ 1	Պլանի Մաս D-ի դեղերի ծածկույթի հիմնական կանոններ	88
ԲԱԺԻՆ 2	Լրացրե՛ք ձեր դեղատոմսը ցանցային դեղատանը կամ պլանի փոստային պատվերի ծառայության միջոցով	89
ԲԱԺԻՆ 3	Ձեր դեղերը պետք է լինեն պլանի դեղերի ցանկում	91
ԲԱԺԻՆ 4	Ծածկույթի սահմանափակում ունեցող դեղեր	93
ԲԱԺԻՆ 5	Ինչ կարող եք անել, եթե ձեր դեղերից մեկը չի փոխհատուցվում ըստ ձեր ակնկալիքների	94
ԲԱԺԻՆ 6	Մեր դեղերի ցանկը կարող է փափախվել տարվա ընթացքում	96
ԲԱԺԻՆ 7	Դեղերի տեսակներ, որոնք չենք ապահովագրում	98
ԲԱԺԻՆ 8	Ինչպես լրացնել դեղատոմսը	99
ԲԱԺԻՆ 9	D մասի դեղերի ծածկույթ հատուկ իրավիճակներում	100
ԲԱԺԻՆ 10	Դեղերի ապահովության և դեղարայքի կառավարման ծրագրեր	101
Գլուխ 6:	Որքան եք վճարում ձեր D մասի դեղերի համար	104
ԲԱԺԻՆ 1	Որքան եք վճարում ձեր D մասի դեղերի համար	104
ԲԱԺԻՆ 2	Դեղերի վճարման փուլեր Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) -ի անդամների համար	106
ԲԱԺԻՆ 3	Ձեր Մաս D-ի արտոնությունների բացատրությունը բացատրում է, թե վճարման որ փուլում եք գտնվում	106
ԲԱԺԻՆ 4	Չհատուցվող վճարի փուլ	107
ԲԱԺԻՆ 5	Սկզբնական ապահովագրության փուլ	108
ԲԱԺԻՆ 6	Աղետային ապահովագրության փուլ	113
ԲԱԺԻՆ 7	Որքան եք վճարում ձեր D մասի պատվաստանյութերի համար	113
Գլուխ 7:	Կապ հաստատե՛ք մեզ հետ, որպեսզի վճարենք ձեր ստացած հաշվի մեր մասնաբաժինը՝ փոխհատուցվող բուժօժանդությունների կամ դեղերի դիմաց	115
ԲԱԺԻՆ 1	Իրավիճակներ, որոնց դեպքում դուք պետք է կապ հաստատե՛ք մեզ հետ վճարել ձեր փոխհատուցվող ծառայությունների կամ դեղերի համար	115
ԲԱԺԻՆ 2	Ինչպես դիմել մեզ ձեր ստացած հաշվի գումարը փոխհատուցելու կամ վճարելու համար	117
ԲԱԺԻՆ 3	Մենք կֆնդարկենք փոխհատուցման ձեր հայտը և կպատասխանենք այն կամ ոչ	118
Գլուխ 8:	Ձեր իրավունքները և պատասխանատվությունը	119
ԲԱԺԻՆ 1	Մեր պլանը պետք է հարգի ձեր իրավունքներն ու մշակութային նրբությունները	119
ԲԱԺԻՆ 2	Ձեր պատասխանատվությունները որպես պլանի անդամ	128

Բովանդակություն

Գլուխ 9:	Ինչ անել, եթե ունե՛ք խնդիր կամ բողոք (ապահովագրության որոշումներ, բողոքարկումներ, բողոքներ)	130
ԲԱԺԻՆ 1	Ի՞նչ անել խնդիր կամ բողոք ունենալու դեպքում	130
ԲԱԺԻՆ 2	Որտեղ ստանալ ավելի շատ տեղեկատվություն և անհատականացված օգնություն	130
ԲԱԺԻՆ 3	Որ գործընթացը կիրառել խնդրի լուծման համար	132
ԲԱԺԻՆ 4	Ձեր Medicare նպաստների հետ կապված խնդիրների լուծում	133
ԲԱԺԻՆ 5	Ապահովագրության որոշումների և բողոքարկումների ուղեցույց	133
ԲԱԺԻՆ 6	Բուժապասարկում. ինչպե՞ս դիմել ապահովագրության որոշման համար կամ բողոքարկել	136
ԲԱԺԻՆ 7	Մաս D-ի դեղեր. ինչպե՞ս դիմել ապահովագրության որոշման համար կամ բողոքարկել	142
ԲԱԺԻՆ 8	Ինչպես դիմել մեզ՝ ավելի երկար հիվանդանոցում մնալը փոխհատուցելու համար, եթե կարծում ե՛ք, որ ձեզ շատ շուտ են դուրս գրում	151
ԲԱԺԻՆ 9	Ինչպես խնդրել մեզ որոշակի բժշկական ծառայությունների ապահովագրությունը շարունակելու համար, եթե կարծում ե՛ք, որ ձեր ապահովագրությունը շատ շուտ է ավարտվում:	155
ԲԱԺԻՆ 10	Ինչպես ձեր բողոքարկումը ներկայացնել 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակներում	158
ԲԱԺԻՆ 11	Ինչպես բողոքարկել բուժապասարկման որակը, սպասման ժամանակը, հաճախորդների սպասարկումը և այլ մտահոգություններ	161
ԲԱԺԻՆ 12	Ձեր Medicaid-ի նպաստների հետ կապված խնդիրների լուծում	163
Գլուխ 10:	Անդամակցության դադարեցումը մեր պլանում	165
ԲԱԺԻՆ 1	Ձեր անդամակցության դադարեցումը մեր պլանում	165
ԲԱԺԻՆ 2	Ե՞րբ կարող ե՛ք դադարեցնել մեր պլանին անդամակցությունը	165
ԲԱԺԻՆ 3	Ինչպես դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանում	168
ԲԱԺԻՆ 4	Մինչև ձեր անդամակցության ավարտը, դուք պետք է շարունակե՛ք ստանալ ձեր բժշկական պարագաները, ծառայությունները և դեղերը մեր պլանի միջոցով:	169
ԲԱԺԻՆ 5	Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) -ը պետք է դադարեցնի մեր պլանում անդամակցությունը որոշակի իրավիճակներում	169
Գլուխ 11:	Իրավական ծանուցումներ	171
ԲԱԺԻՆ 1	Կարգավորող օրենքի մասին ծանուցում	171
ԲԱԺԻՆ 2	Ծանուցում խտրականության բացառման մասին	171
ԲԱԺԻՆ 3	Medicare երկրորդային վնասողի սուբբոգացիայի իրավունքների մասին ծանուցում	171
Գլուխ 12:	Սահմանումներ	173

Գլուխ 1: Ինչպես սկսել մասնակցի կարգավիճակում

Գլուխ 1:

Ինչպես սկսել մասնակցի կարգավիճակում

ԲԱԺԻՆ 1 Դուք Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ի անդամ եք

ԲԱԺԻՆ 1.1 Դուք գրանցված եք Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ում, որը Medicare հատուկ կարիքների պլան է

Դուք ունեք Medicare-ի և Medicaid-ի ապահովագրություն.

- **Medicare-ը** դաճնային բժշկական ապահովագրության ծրագիր է 65 տարեկան կամ բարձր տարիքի անձանց, 65 տարեկանից ցածր հաճախումներով ունեցող որոշ անձանց և երիկամային հիվանդության վերջին փուլում (երիկամային անբավարարություն) գտնվող անձանց համար:
- **Medicaid-ը** դաճնային և նահանգային կառավարության համատեղ ծրագիր է, որն օգնում է սահմանափակ եկամուտներ և ռեսուրսներ ունեցող որոշակի անձանց բժշկական ծախսերի հետ կապված հարցերով: Medicaid-ի ապահովագրությունը տարբերվում է՝ կախված նահանգից և ձեր Medicaid-ի տեսակից: Medicaid-ով որոշ մարդիկ կարողանում են վճարել Medicare-ի իրենց ապահովագրավորների և այլ ծախսերի համար: Այլ անձինք ապահովագրական ծածկույթ են ստանում լրացուցիչ ծառայությունների և դեղերի համար, որոնք ապահովագրված չեն Medicare-ի կողմից:

Դուք ընտրել եք ձեր Medicare առողջապահական օգնությունը և ձեր դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթը ստանալ մեր պլանի միջոցով, Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP): Մենք պարտավոր ենք ներառել Մաս A և Մաս B բոլոր ծառայությունների ապահովագրությունը: Այնուամենայնիվ, այս պլանում ծախսերի մասնաբաժինը և մատակարարի հասանելիությունը տարբերվում են Original Medicare-ից:

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) մասնագիտացված Medicare Advantage պլան է (Medicare հատուկ կարիքների պլան), ինչը նշանակում է, որ դրա նպաստները նախատեսված են հատուկ առողջապահական կարիքներ ունեցող անձանց համար: Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) պլանը նախատեսված է Medicare ունեցող անձանց համար, ովքեր նաև Medicaid-ից օգնություն ստանալու իրավունք ունեն:

Քանի որ դուք օգնություն եք ստանում Medicaid-ից ձեր Medicare Part A և Մաս B ծախսերի մասնաբաժնով (չհատուցվող վնար, համավնարներ և համատեղ ապահովագրություն) դուք կարող եք ոչինչ չվճարել ձեր Medicare առողջապահական ծառայությունների համար: Medicaid տրամադրել այլ նպաստներ՝ հատուցելով սովորաբար Medicare-ով չհատուցվող առողջապահական ծառայությունների համար: Դուք նաև կարող եք ստանալ «Extra Help» Medicare-ից՝ ձեր Medicare դեղատոմսային դեղերի արժեքները վճարելու համար: Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) պլանը կօգնի ձեզ կառավարել այս բոլոր նպաստները, որպեսզի ստանաք առողջապահական ծառայություններ և վնարման օգնություն, որոնց իրավունքն ունեք:

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) պլանը ղեկավարվում է մասնավոր ընկերության կողմից: Ինչպես բոլոր Medicare Advantage պլանները, այս Medicare հատուկ կարիքների պլանը հաստատված է Medicare-ի կողմից: Մեր պլանը նաև պայմանագիր ունի California Medicaid ծրագրի հետ՝ ձեր Medicaid նպաստները համակարգելու համար: Մենք ուրախ ենք ձեզ տրամադրել Medicare-ի բժշկական ապահովագրությունը, ներառյալ՝ ձեր դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթը:

ԲԱԺԻՆ 1.2 Ապահովագրության վկայագրի վերաբերյալ իրավական տեղեկատվություն

Այս *Ապահովագրության վկայագիրը* ձեզ հետ կնքված պայմանագրի մի մասն է և ցույց է տալիս, թե ինչպես է Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ը փոխհատուցում ձեր խնամքը: Այս պայմանագրի մյուս մասերը ներառում են ձեր գրանցման ձևաթուղթը, *Ապահովագրված դեղերի ցուցակը (դեղացանկ)*, մեզնից ստացած ցանկացած ծանուցում ձեր ապահովագրության այն փոփոխությունների կամ պայմանների վերաբերյալ, որոնք ազդում են ձեր ապահովագրության վրա: Այս ծանուցումները երբեմն կոչվում են *լրացումներ* կամ *փոփոխություններ*:

Պայմանագիրն ուժի մեջ է 2026թ. հունվարի 1-ից մինչև 2026թ. դեկտեմբերի 31-ն ընկած այն ամիսների համար, որոնց ընթացքում դուք գրանցված եք Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ում:

Յուրաքանչյուր օրացուցային տարի Medicare-ը թույլ է տալիս մեզ փոփոխություններ կատարել մեր առաջարկած ծրագրերում: Սա նշանակում է, որ մենք կարող ենք փոխել Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) գործող ծրագրերի ծախսերն ու նպաստները 2026թ. դեկտեմբերի 31-ից հետո: Մենք կարող ենք նաև որոշել դադարեցնել այս պլանի առաջարկը ձեր սպասարկման տարածքում [2026]թ. դեկտեմբերի 31-ից հետո:

Medicare-ը (Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոնները) պետք է հաստատեն Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP): Դուք կարող եք ամեն տարի շարունակել օգտվել Medicare-ի ծառայություններից որպես մեր պլանի անդամ, եթե մենք որոշենք շարունակել պլանը, իսկ Medicare-ը և Medicaid-ը՝ վերահաստատեն այն:

ԲԱԺԻՆ 2 Ձեր իրավունակության պահանջները

ԲԱԺԻՆ 2.1 Իրավասության պահանջներ

Դուք իրավունակ եք անդամակցել մեր պլանին, եթե համապատասխանում եք բոլոր այս պայմաններին՝

- Դուք ունեք Medicare Part A և Medicare Part B
- Դուք բնակվում եք մեր աշխարհագրական սպասարկման տարածքում (նկարագրված է 2.3 բաժնում): Ազատագրված մարդիկ չեն համարվում աշխարհագրական սպասարկման տարածքում բնակվող, նույնիսկ եթե նրանք ֆիզիկապես գտնվում են այնտեղ:
- Դուք Միացյալ Նահանգների քաղաքացի եք կամ օրինական կերպով գտնվում եք Միացյալ Նահանգներում
- Դուք համապատասխանում եք ստորև նկարագրված հատուկ իրավունակության պահանջներին:

Մեր պլանին համապատասխանության հատուկ պահանջներ

ԲԱԺԻՆ 2.2 Medicaid

Medicaid-ը դաճանային և նահանգային կառավարության համատեղ ծրագիր է, որն օգնում է սահմանափակ եկամուտներ և ռեսուրսներ ունեցող որոշակի անձանց բժշկական և ծախսերի հետ կապված կարգերով: Յուրաքանչյուր նահանգ որոշում է, թե ինչն է համարվում եկամուտ և ռեսուրս, ով է իրավասու, ինչ ծառայություններ են ապահովագրվում և դրանց արժեքը: Նահանգները կարող են որոշել, ինչպես վարել իրենց ծրագրերը, քանի որ դեռ հետևում են դաճանային կանոններին:

Բացի այդ, կան ծրագրեր, որոնք առաջարկվում են, Medicaid միջոցով, որոնք օգնում են Medicare ունեցող մարդկանց վճարել Medicare-ի իրենց ծախսերը, օրինակ՝ Medicare-ի ապահովագրավարները: Այս «Medicare խնայողական ծրագրերը» օգնում են սահմանափակ եկամուտ և ռեսուրսներ ունեցող մարդկանց ամեն տարի գումար խնայել:

Գլխիկ 1: Ինչպես սկսել մասնակցի կարգավիճակում

- **Որակավորված Medicare Plus շահառու (QMB+).** Medicaid-ը վճարում է ձեր Medicare Part A և B ապահովագրավորումները, չհատուցվող գումարները, համապահովագրությունը և համավճարի գումարները: Դուք ստանում եք Medicaid-ի ապահովագրություն Medicare-ի ծախսերի բաժնեմասի չափով և իրավունակ եք ստանալ Medicaid-ի լիարժեք ապահովագրություն:
- **Հատուկ ցածր եկամուտ ունեցող Medicare Plus շահառու (SLMB+).** օգնում է վճարել B մասի ապահովագրավորումները, նաև իրավունք ունի ստանալու Medicaid-ի լիարժեք ապահովագրություն:
- **Երկակի իրավունակություն ունեցող լիարժեք ապահովագրված (FBDE) անհատներ.** երբեմն անհատները կարող են իրավունակ լինել ինչպես Medicare-ի ծախսերի բաժնեմաս սահմանափակ ապահովագրության, այնպես էլ Medicaid-ի լիարժեք ապահովագրության համար:

ԲԱԺԻՆ 2.3 Պլանի սպասարկման տարածք Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ի համար

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) հասանելի է միայն մեր պլանի սպասարկման տարածքում բնակվող անձանց համար: Մեր պլանի անդամ մնալու համար դուք շարունակեք բնակվել պլանի սպասարկման տարածքում: Սպասարկման տարածքը նկարագրված է ստորև:

Մեր սպասարկման տարածքը ներառում է California-ի հետևյալ վարչաբաժները՝ Ventura վարչաբաժնի:

Մենք ծածկույթ ենք առաջարկում մի քանի նահանգներում: Այնուամենայնիվ, յուրաքանչյուր նահանգում մեր առաջարկված ծրագրերի միջև կարող է լինել արժեքի կամ այլ տարբերություն:

Եթե պլանավորում եք տեղափոխվել նոր նահանգ, պետք է կապվեք նաև ձեր նահանգի Medicaid գրասենյակի հետ և հարցնեք, թե ինչպես է այս տեղափոխությունը ազդելու ձեր Medicaid նպաստների վրա: Medicaid-ի հեռախոսահամարները կարող եք տեսնել այս վիստաթղթի Գլուխ 2-ի Բաժին 6-ում:

Եթե տեղափոխվում եք մեր պլանի սպասարկման տարածքից դուրս, ապա չեք կարող մնալ այս պլանի անդամ: Խնդրում ենք կապվել Անդամների սպասարկման ծառայության հետ՝ պարզելու համար, թե արդյոք մենք ունենք ծրագիր ձեր նոր տարածքում: Երբ տեղափոխվեք, դուք կունենեք Հատուկ գրանցման ժամանակաբաժան, որը թույլ կտա ձեզ միանալ Original Medicare-ին կամ գրանցվել Medicare-ի առողջապահական կամ դեղերի պլանին, որը հասանելի է ձեր նոր վայրում:

Եթե տեղափոխվում կամ վախճում եք ձեր վիստային հասցեն, կարևոր է նաև զանգահարել Սոցիալական ապահովության ծառայություն: Զանգահարեք Սոցիալական ապահովության ծառայություն՝ 1-800-772-1213 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-325-0778):

ԲԱԺԻՆ 2.4 ԱՄՆ ֆողոմացի կամ օրինական ներկայություն

Դուք պետք է ԱՄՆ ֆողոմացի լինեք կամ օրինական կերպով գտնվեք Միացյալ Նահանգներում, որպեսզի Medicare առողջապահական պլանի մասնակից լինեք: Medicare-ը (Medicare և Medicaid ծառայությունների գրասենյակները) կտեղեկացնեն Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ին, եթե դուք անիրավունակ եք անդամակցել այս հիմունքներով: Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) պլանը պետք է հանի ձեզ անդամությունից, եթե չեք համապատասխանում այս պահանջին:

ԲԱԺԻՆ 3 Անդամակցության կարևոր նյութեր

ԲԱԺԻՆ 3.1 Ձեր պլանի անդամակցության ֆարտը

Օգտագործե՛ք ձեր անդամակցության ֆարտը պլանի միջոցով ապահովագրված ծառայություններ և ցանցային դեղատներում դեղատոմսային դեղեր ստանալու ժամանակ: Միշտ հիշե՛ք ցույց տալ ձեր Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) պլանի ID անդամաճարտը և California Department of Health Care Services Medicaid ID անդամաճարտը ամեն անգամ, երբ ներկայանում ե՛ք բուժապասարկման համար: Դուք պետք է նաև մատակարարին ցույց տա՛ք ձեր Medicaid անդամաճարտը: Նմուշային անդամակցության ֆարտ՝



Մի՛ օգտագործե՛ք ձեր կարմիր, սպիտակ և կապույտ Medicare ֆարտը ապահովագրված բժշկական ծառայությունների համար, քանի որ այս պլանի անդամ ե՛ք: Եթե օգտագործում ե՛ք ձեր Medicare ֆարտը ձեր Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) անդամակցության ֆարտի փոխարեն, կարող ե՛ք ստիպված լինել ինքներդ Վհարել բժշկական ծառայությունների ողջ գումարը: Ձեր Medicare ֆարտը ապահով վայրում պահե՛ք: Ձեզ կարող են խնդրել ցույց տալ այն, եթե ձեզ անհրաժեշտ լինեն հիվանդանոցային ծառայություններ, հոսպիտալի ծառայություններ կամ եթե մասնակցե՛ք Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտությունների, որոնք կաշվում են նաև կլինիկական փորձարկումներ:

Եթե ձեր պլանի անդամակցության ֆարտը վնասվել է, կորել կամ գողացվել, անմիջապես զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն, և մենք ձեզ կուղարկենք նոր ֆարտ:

ԲԱԺԻՆ 3.2 Մատակարարների/Դեղատների տեղեկատու

Մատակարարների/Դեղատների տեղեկատուում թվարկված են մեր ցանցային մատակարարները, ցանցային դեղատները և երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումների մատակարարները:

Ցանցային դեղատներն այն դեղատներ են, որոնք համաձայնել են մեր պլանի անդամների համար դեղատոմսային դեղեր սրբամարդել: Տե՛ս Գլուխ 5-ի Բաժին 2.5-ը տեղեկությունների համար, թե երբ կարող ե՛ք օգտվել այն դեղատներից, որոնք պլանի ցանցում չեն:

Ցանցային մատակարարներն այն բժիշկներն են, առողջապահական այլ մասնագետները, բժշկական խմբերը, երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումների մատակարարները, հիվանդանոցները և առողջապահական այլ հաստատությունները, որոնք մեզ հետ պայմանավորվել են ընդունելու մեր վճարումը և ցանկացած պլանի ծախսերի մասնաբաժինը որպես լիարժեք վճարում:

Գլխիկ 1: Ինչպես սկսել մասնակցի կարգավիճակում

Դուք պետք է օգտվեք ցանցային մատակարարներից՝ ձեր բուժսպասարկումն ու ծառայությունները ստանալու համար: Եթե գնաք այլուր առանց համապատասխան հաստատման, դուք ստիպված կլինեք վճարել ամբողջ գումարը: Միակ բացառությունները արտակարգ իրավիճակները, շտապ անհրաժեշտ ծառայություններն են, երբ ցանցը հասանելի չէ (այսինքն՝ այն դեպքերում, երբ խելամիտ կամ հնարավոր չէ ծառայություններ ստանալ ցանցի ներսում), տարածքից դուրս դիալիզի ծառայությունները և այն դեպքերը, երբ Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) թույլատրում է օգտվել ցանցից դուրս մատակարարներից:

Ծառայություն մատուցողների, դեղատների և մատակարարների անենաբարձ ցանկը հասանելի է մեր կայքում՝ centralhealthplan.com:

Եթե չունեք Մատակարարների/դեղատների տեղեկատու, կարող եք խնդրել դրա պատճենը (էլեկտրոնային կամ թղթային տարբերակով) Անդամների սպասարկման ծառայությունից՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711): Ձեր կողմից հայցված մատակարարների թղթային տեղեկատուները կուղարկվեն ձեզ 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում:

ԲԱԺԻՆ 3.3 Դեղերի ցանկ (Դեղաբանական տեղեկատու)

Մեր պլանն ունի Ապահովագրված դեղերի ցուցակ (նաև կոչվում է դեղացանկ կամ դեղաբանական տեղեկատու): Այնտեղ նշված է, թե Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ում որ դեղատոմսային դեղերն են ներառված D մասի նպաստներում: Այս ցանկում ներառված դեղերն ընտրվում են պլանի կողմից՝ բժիշկների և դեղագործների թիմի օգնությամբ: Դեղերի ցանկը պետք է համապատասխանի Medicare-ի պահանջներին: Medicare Drug Price Negotiation Program ծրագրի շրջանակում համաձայնեցված գներով դեղերը կներառվեն ձեր դեղերի ցանկում, եթե դրանք չեն հեռացվել և փոխարինվել՝ ինչպես նկարագրված է Գլուխ 5, Բաժին 6-ում: Medicare-ը հաստատել է Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) Դեղերի ցանկը:

Դեղերի ցանկը նաև տեղեկացնում է ձեզ, թե արդյոք կան կանոններ, որոնք սահմանափակում են ձեր դեղերի ապահովագրական ծածկույթը:

Մենք ձեզ կարամաղբենք Դեղերի ցանկի պատճենը: Ամենամբողջական և արդիական տեղեկատվությունը ստանալու համար, թե որ դեղերն են փոխհատուցվում, կարող եք այցելել պլանի կայքէջ centralhealthplan.com կամ զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711):

ԲԱԺԻՆ 4 Կարևոր ծախսերի ամփոփագիր

Ձեզ համար նախատեսված արժեքները 2026թ.-ին	
<p>Ձեր ամսական ապահովագրավճարը՝ ըստ պլանի*</p> <p>*Ձեր ապահովագրավճարը կարող է ավելի բարձր լինել, քան այս գումարը:</p> <p>Մանրամասների համար տե՛ս բաժին 4.1-ը:</p>	<p>\$0</p>
<p>Սեփական գրպանից վճարվող առավելագույն գումար</p> <p>Սա <u>առավելագույն</u> անձնական ծախսն է, որը կկատարեք ապահովագրված Մաս A և Մաս B ծառայությունների համար: (Մանրամասների համար նայե՛ք Գլուխ 4-ի Բաժին 1-ը):</p>	<p>\$9,250</p> <p>Դուք պատասխանատվություն չեք կրում ապահովագրված Մաս A-ի և Մաս B-ի ծառայությունների դիմաց սեփական գրպանից որևէ գումար վճարելու համար:</p>

Գլխիկ 1: Ինչպես սկսել մասնակցի կարգավիճակում

Ձեզ համար նախատեսված արժեքները 2026թ.-ին	
Այցեր առաջնային բուժօգնության կաբինետ	\$0 համավճար՝ մեկ այցի համար
Այցելություններ մասնագետների կաբինետներ	\$0 համավճար մեկ այցելության համար
Հիվանդանոցում ստացիոնար մնալը	\$0 համավճար՝ Medicare -ով փոխհատուցվող հոսպիտալացման համար
Մաս D դեղերի ծածկույթի չհատուցվող վճարներ (Մանրամասների համար նայե՛ք Գլխիկ 6-ի Բաժին 4-ը):	\$250 Եթե ստանում ե՛ք «Extra Help», վճարման այս փուլը ձեզ չի վերաբերում: 6-րդ Գլխում ներկայացված են հավելյալ մանրամասներ՝ ծածկույթի և սահմանափակումների վերաբերյալ:
Մաս D դեղերի ծածկույթ (Մանրամասների համար ստուգե՛ք 6-րդ Գլխիկը, ներառյալ՝ տարեկան չհատուցվող գումարի, սկզբնական ապահովագրության և աղետային ապահովագրության փուլերը):	<p>Համավճարը սկզբնական ապահովագրության փուլում՝</p> <p>1-ին մակարդակի դեղեր՝ \$0 համավճար</p> <p>2-րդ մակարդակի դեղեր՝ \$0, \$1.60 կամ \$4 համավճար՝ մեկ դեղատոմսով բոլոր դեղերի համար:</p> <p>3-րդ մակարդակի դեղեր՝ \$0, \$1.60 կամ \$5.10 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք ղիտարկվում են որպես ջեներիկ)՝ \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար:</p> <p>4-րդ մակարդակի դեղեր՝ \$0, \$1.60 կամ \$5.10 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք ղիտարկվում են որպես ջեներիկ)՝ \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար:</p> <p>5-րդ մակարդակի դեղեր՝ \$0, \$1.60 կամ \$5.10 համավճար ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք ղիտարկվում են որպես ջեներիկ)՝ \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար:</p> <p>6-րդ մակարդակի դեղեր՝ \$0 համավճար</p> <p>Աղետային ապահովագրության փուլ. այս փուլում դուք ոչինչ չե՛ք վճարում Մաս D-ով ապահովագրված ձեր դեղերի համար:</p>

Ձեր ծախսերը կարող են ներառել հետևյալը.

- Պլանի ապահովագրավճար (Բաժին 4.1)
- Medicare Part B-ի ամսական ապահովագրավճար (Բաժին 4.2)
- Մաս D-ի ուժ գրանցման տույժ (Բաժին 4.3)
- Եկամտի հետ կապված ամսական հեզբրաված գումար (Բաժին 4.4)
- Medicare-ի Prescription Payment Plan-ի գումարը (Բաժին 4.5):

ԲԱԺԻՆ 4.1 Պլանի ապահովագրավճար

Դուք չեք վճարում պլանի առանձին ամսական ապահովագրավճար Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ի համար:

Եթե արդեն գրանցված եք և օգնություն եք ստանում այս ծրագրերից մեկով, այս **Ապահովագրության վկայագրում ապահովագրավճարների վերաբերյալ տեղեկությունը կարող է ձեզ չվերաբերել**: Մենք ձեզ ուղարկել ենք առանձին ներդիր, որը կոչվում է Ապահովագրության վկայագիր այն մարդկանց համար, ովքեր կրացուցիչ օգնություն (**Extra Help**) են ստանում դեղատոմսային դեղերի համար վճարելու նպատակով (նաև հայտնի է որպես Ցածր եկամուտ ունեցողների լրավճարի պայմաններ կամ **LIS Rider**), որը տեղեկացնում է ձեզ ձեր դեղերի արժեքների մասին: Այս ներդիրը չունենալու դեպքում, գանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 711) և դիմեք ուղարկելու «**LIS Rider**»-ը:

ԲԱԺԻՆ 4.2 Medicare Part B-ի ամսական ապահովագրավճար

Շատ անդամներից պահանջվում է վճարել Medicare-ի այլ ապահովագրավճարներ

որոշ անդամներ պարտավոր են վճարել Medicare-ի այլ ապահովագրավճարներ: Ինչպես բացատրած է վերոնշյալ Բաժին 2-ում, մեր պլանին մասնակցելու իրավունք ունենալու համար պետք է պահպանել Medicaid-ի իրավասությունը, ինչպես նաև ունենալ Medicare Part A և Part B: Central Health Medi-Medi Plan II անդամների մեծամասնության համար Medicaid-ը վճարում է ձեր Part A (եթե դուք ավտոմատ կերպով չեք համապատասխանում) և Medicare Part B-ի ապահովագրավճարները:

Եթե Medicaid-ը չի վճարում ձեր Medicare-ի ապահովագրավճարները ձեր փոխարեն, դուք պետք է շարունակեք վճարել դրանք՝ պլանի անդամ մնալու համար: Սա ներառում է ձեր ապահովագրավճարը Մաս B-ի համար: Այն կարող է նաև ներառել ապահովագրավճար Մաս A-ի համար, որը վերաբերում է անվճար Մաս A-ի իրավունահյուրություն չունեցող անդամներին:

ԲԱԺԻՆ 4.3 Մաս D-ի ու զրանցման տույժ

Քանի որ դուք կրկնակի իրավունակ եք, LEP-ը ձեզ վրա չի տարածվում, քանի դեռ դուք պահպանում եք ձեր կրկնակի իրավասուի կարգավիճակը, բայց եթե կորցնեք այն, կարող եք LEP-ի հետ կապված խնդիրներ ունենալ: Մաս D-ի ու զրանցման տույժը լրացուցիչ ապահովագրավճար է, որը պետք է կատարվի Մաս D-ի ապահովագրության համար, եթե ձեր սկզբնական զրանցման ժամանակաշրջանի ավարտից հետո 63 կամ ավելի օր անընդմեջ դուք չեք ունեցել Մաս D-ի կամ այլ հավասարի դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթ: Հավաստագրված դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթը այն ապահովագրությունն է, որը համապատասխանում է Medicare-ի նվազագույն չափանիւթերին, քանի որ այն, միջին հաշվով, կվճարի առնվազն այնքան, որքան Medicare-ի ստանդարտ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթը: Ու զրանցման տույժի արժեքը կախված է նրանից, թե որքան ժամանակ եք առանց Մաս D-ի կամ այլ հավաստագրված դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթի մնացել: Դուք պետք է վճարեք այս տույժն այնքան ժամանակ, քանի դեռ ունեք Մաս D-ի ապահովագրություն:

Դուք պարտավոր չեք վճարել Մաս D-ի ու զրանցման տույժը, եթե՝

- Դուք ստանում եք «Extra Help» Medicare-ից՝ ձեր դեղատոմսային դեղերի վճարման համար:
- Առանց հավաստագրված ապահովագրության մնացել եք 63-ից պակաս օր:
- Հավաստագրված դեղերի ապահովագրական ծածկույթ ունեցել եք այլ աղբյուրի միջոցով (ինչպիսիք են նախկին գործատուն, արհմիությունը, TRICARE-ը կամ Վետերանների առողջապահության վարչությունը (VA)): Ձեր ապահովագրողը կամ մարդկային ռեսուրսների բաժինը ամեն տարի կտեղեկացնեն ձեզ, թե արդյոք ձեր դեղերի ապահովագրական ծածկույթը

Գլխիկ 1: Ինչպես սկսել մասնակցի կարգավիճակում

հավաստագրված է: Այս տեղեկատվությունը կարող է ձեզ ուղարկվել նամակով կամ ներառվել պլանի լրատուում: Պահպանե՛ք այս տեղեկատվությունը, քանի որ այն կարող է ձեզ անհրաժեշտ լինել հետագայում **Medicare** դեղերի պլանին միանալիս:

- **Նում.** ցանկացած ծանուցում պետք է նշել, որ դուք ունեցել եք հավաստագրված դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթ, որը, ենթադրաբար, կվճարի այնքան, որքան վճարում է **Medicare**-ի ստանդարտ դեղատոմսային դեղերի պլանը:
- **Նում.** դեղատոմսային դեղերի գեղջի ֆարսերը, անվճար կլինիկաները և դեղերի գեղջի կայքերը չեն համարվում դեղատոմսային դեղերի ապահովագրության հավաստի միջոց:

Մաս D-ի ուժ գրանցման տույժի չափը որոշում է Medicare-ը: Ահա, թե ինչպես է այն գործում.

- Նախ, հաշվե՛ք գրանցման իրավունակ լինելուց հետո **Medicare** դեղերի պլանում գրանցվելու բաց թողնված ամիսների քանակը: Կամ հաշվե՛ք **63** օր կամ ավելի ընդհատումից հետո հավաստագրված դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթ չունենալու ամիսների քանակը: Տուգանքը կազմում է **1%** յուրաքանչյուր անսկսած ամիս, որի ընթացքում դուք չե՛ք ունեցել հավաստագրված ապահովագրություն: Օրինակ, եթե դուք **14** ամիս առանց ապահովագրության եք մնում, տուգանքը կկազմի **14%**:
- Այնուհետև **Medicare**-ը նախորդ տարվա հիման վրա որոշում է երկրում **Medicare** դեղերի ծրագրերի միջին ամսական ապահովագրավճարի չափը (ազգային բազային շահառուի ապահովագրավճար): **2026թ.** ապահովագրավճարի միջին չափը կազմում է **\$38.99**:
- Ձեր ամսական տույժը հաշվարկելու համար բազմապատկե՛ք տույժի տոկոսը ազգային հիմնական շահառուի ապահովագրավճարով և կլորացրե՛ք մինչև ամենամոտ **10** ցենտը: Այս օրինակում այն կլինի **14% x \$38.99**, որը հավասար է **\$5.46**: Սա կլորացվում է մինչև **\$5.50**: Այս գումարը կավելացվի **ամսական ապահովագրավճարին այն անձի համար, ով ունի Մաս D-ի ուժ գրանցման տույժ**:

Մաս D-ի ուժ գրանցման տույժի վերաբերյալ կան երեք կարևոր բան, որոնք պետք է նշել.

- Նախ, **տույժը կարող է փոխվել ամեն տարի**, քանի որ միջին ամսական ապահովագրավճարը կարող է փոխվել ամեն տարի:
- Երկրորդ, **դուք կշարունակե՛ք վճարել տույժ** ամեն ամիս այնքան ժամանակ, քանի դեռ գրանցված եք պլանում, որն ունի **Medicare Part D-ի** դեղերի նպաստները, նույնիսկ եթե փոխե՛ք պլանները:
- Երրորդ, եթե դուք **65** տարեկանից *փոքր եք* և ստանում եք **Medicare** նպաստներ, Մաս D-ի ուժ գրանցման տույժը կվերահաշվարկվի, երբ դառնա՛ք **65** տարեկան: **65** տարեկանից հետո ձեր Մաս D-ի ուժ գրանցման տույժը կհիմնվի միայն այն ամիսների վրա, որոնց ընթացքում դուք ապահովագրություն չե՛ք ունեցել **Medicare**-ում տարիվային սկզբնական գրանցման ժամանակաշրջանից հետո:

Եթե դուք համաձայն չե՛ք ձեր Մաս D-ի ուժ գրանցման տույժի հետ, դուք կամ ձեր ներկայացուցիչը կարող եք դիմել վերանայման համար: Ընդհանուր առմամբ, դուք պետք է դիմե՛ք այս վերանայման համար ձեր ստացած առաջին նամակի **ամսաթվից 60 օրվա** ընթացքում, որում նշվում է, որ դուք պետք է վճարե՛ք ուժ գրանցման տույժ: Այնուամենայնիվ, եթե դուք վճարում է՛իք տույժ մեր պլանին միանալուց առաջ, դուք կարող է՛ք այլևս այդ ուժ գրանցման տույժի վերանայման համար դիմելու հնարավորություն չունենալ:

ԲԱԺԻՆ 4.4 Եկամտի հետ կապված ամսական հագրտման ենթակա գումար

Եթե կորցնե՛ք այս ծրագրին մասնակցելու իրավունքը եկամտի փոփոխության պատճառով, որոշ անդամներից, հնարավոր է, պահանջվի վճարել լրացուցիչ վճար իրենց **Medicare** ծրագրի համար, որը կոչվում է Մաս D՝ եկամտից կախված ամսական լրացուցիչ վճար (**IRMAA**): Լրացուցիչ վճարը հաշվարկվում է ձեր փոփոխված հագրտված համախառն եկամտի հիման վրա, որը նշված է եղել ձեր **IRS** հարկային հայտարարագրում **2** տարի առաջ: Եթե այս գումարը գերազանցում է որոշակի գումար, դուք կվճարե՛ք ստանդարտ ապահովագրավճարի գումարը և լրացուցիչ **IRMAA**-ն: Ձեր եկամտի հիման վրա վճարվող լրացուցիչ

գումարի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs կայքը:

Եթե դուք ստիպված լինեք վճարել լրացուցիչ IRMAA, Սոցիալական ապահովության գրասենյակին, այլ ոչ թե ձեր Medicare պլանը, ձեզ կուղարկի նամակ՝ նշելով, թե որքան կլինի այդ լրացուցիչ գումարը: Լրացուցիչ գումարը կպահվի ձեր Սոցիալական Ապահովության, Երկարուղային Կենսաբուժական Խորհրդի կամ Անձնակազմի Կառավարման Գրասենյակի նպաստի չեղից, անկախ այն բանից, թե ինչպես եք սովորաբար վճարում ձեր ապահովագրավարը, եթե միայն ձեր ամսական նպաստը բավարար չէ պարտքի լրացուցիչ գումարը հատուցելու համար: Եթե ձեր նպաստի չեղը բավարար չէ լրացուցիչ գումարը հատուցելու համար, դուք հաշիվ կստանաք Medicare-ից: **Ռոբ պեյսոն է լրացուցիչ IRMAA վճարեք կառավարությանը: Այն չի կարող վճարվել ձեր պլանի ամսական ապահովագրավարի հետ: Եթե դուք չվճարեք լրացուցիչ IRMAA գումարը, դուք կհեռացվեք ծրագրից և կգրկվեք դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթից:**

Եթե դուք համաձայն չեք լրացուցիչ IRMAA վճարել, կարող եք դիմել Սոցիալական Ապահովության ծառայությանը՝ որոշումը վերանայելու համար: Ավելի իմանալու համար, թե ինչպես դա անել, կապվեք Սոցիալական Ապահովության ծառայության հետ՝ 1-800-772-1213 (TTY օգտատերերը գանգահարեն՝ 1-800-325-0778) հեռախոսահամարով:

ԲԱԺԻՆ 4.5 Medicare-ի Prescription Payment Plan-ի գումարը

Եթե դուք մասնակցում եք Medicare Prescription Payment պլանին, ամեն ամիս կվճարեք մեր պլանի ապահովագրավարը (եթե ունեք այդպիսին) և ձեր դեղատոմսային դեղերի համար հաշիվ կստանաք ձեր առողջապահական կամ դեղերի պլանից (դեղատանը վճարելու փոխարեն): Ձեր ամսական հաշիվն արտացոլում է ձեռք բերված դեղատոմսերի դիմաց ձեր պարտքը, գումարած նախորդ ամսվա չմարված մնացորդը, որը հետագայում բաժանվում է տարվա ընթացքում մնացած ամիսների թվին: Գլուխ 2-ի Բաժին 7-ում ավելի է ներկայացվում Medicare դեղատոմսով վճարման պլանի մասին: Եթե համաձայն չեք վճարման այս տարբերակի մաս կազմող գումարի հետ, կարող եք հետևել 9-րդ Գլխի Բաժնի Բաժնի Գլխի Բաժնի Գլխի Բաժնի՝ գանգատ կամ բողոք ներկայացնելու համար:

ԲԱԺԻՆ 5 Ավելի շատ տեղեկություններ ձեր ամսական ապահովագրավարի մասին

ԲԱԺԻՆ 5.1 Մեր ամսական պլանի ապահովագրավարը տարվա ընթացքում չի փոխվի

Մենք իրավունք չունենք տարվա ընթացքում փոխել պլանի ամսական հավելավարի գումարը: Եթե հաջորդ տարվա համար ամսական հավելավարը փոխվի, մենք ձեզ կտեղեկացնենք սեպտեմբերին, և փոփոխությունը ուժի մեջ կմտնի հունվարի 1-ից: Այնուամենայնիվ, որոշ դեպքերում դուք կարող եք ազատվել ուշ գրանցման տույժի վճարումից, նույնիսկ եթե այն ենթակա է վճարման կամ անհրաժեշտ է սկսել դրա վճարումը: Սա կարող է տեղի ունենալ, եթե դուք իրավունակ եք դառնում «Լրացուցիչ օգնություն» ծրագրի համար կամ եթե տարվա ընթացքում կորցնում եք «Լրացուցիչ օգնություն» ծրագրի համար ձեր իրավասությունը:

- Եթե դուք ներկայումս վճարում եք D մասի ուշ գրանցման տույժը և տարվա ընթացքում «Լրացուցիչ օգնություն» իրավունակ եք դառնում, ապա կկարողանաք դադարեցնել ձեր տույժի վճարումը:
- Եթե կորցնեք «Լրացուցիչ օգնությունը», հնարավոր է՝ ենթարկվեք ուշ գրանցման տույժին, եթե 63 կամ ավելի օր անընդմեջ մնաք առանց Մաս D-ի կամ դեղատոմսային դեղերի վճարովի այլ ապահովագրության:

«Լրացուցիչ օգնություն» ծրագրի մասին ավելի կարող եք իմանալ Գլուխ 2-ի Բաժնի 7-ում:

ԲԱԺԻՆ 6 Պահպանել մասնակցի ձեր տվյալներն արդի վիճակում

Ձեր անդամակցության գրանցամատյանը պարունակում է ձեր գրանցման ձևաթղթից վերցված տեղեկություններ, ներառյալ ձեր հասցեն և հեռախոսահամարը: Այն ցույց է տալիս ձեր պլանի հատուկ ապահովագրությունը, ներառյալ ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարար:

Մեր պլանի ցանցում ընդգրկված բժիշկները, հիվանդանոցները, դեղագործները և այլ ծառայություններ մատուցողները **օգտագործում են ձեր անդամակցության տվյալները՝ պարզելու համար, թե որ ծառայություններն ու դեղերն են փոխհատուցվում, ինչպես նաև ձեր ծախսերի մասնաբաժինը:** Այս պատճառով շատ կարևոր է, որ դուք օգնեք մեզ թարմացնել ձեր տեղեկատվությունը:

Եթե ձեզ մոտ տեղի են ունեցել հետևյալ փոփոխություններից որևէ մեկը, տեղեկացրեք մեզ.

- փոփոխություններ կապված ձեր անվան, հասցեի կամ հեռախոսահամարի հետ,
- փոփոխություններ ձեր ունեցած ցանկացած այլ բժշկական ապահովագրության մեջ (օրինակ՝ ձեր գործատուի, ձեր ամուսնու կամ գույքընկերոջ գործատուի, աշխատողների փոխհատուցման կամ Medicaid-ի կողմից)
- պատասխանատվության կատարման հետ կապված ցանկացած պահանջ, օրինակ՝ ավտովթարի հետ կապված,
- եթե դուք ընդունվել եք տարեցների խնամքի կենտրոն
- եթե դուք օգնություն եք ստանում տարածքից կամ արտացոլողային հիվանդանոցում կամ շտապ օգնության սենյակում
- եթե ձեզ նշանակված պատասխանատու կողմը (օրինակ՝ խնամակալը) փոխվի
- եթե դուք մասնակցեք կլինիկական որևէ հետազոտության ուսումնասիրության: (**Նկատի ունեցեք, որ** Ձեզնից չի պահանջվում, սակայն խրախուսվում է տեղեկացնել ձեր պլանին, եթե նախատեսում եք մասնակցել որևէ կլինիկական հետազոտության):

Եթե այս տեղեկություններից որևէ մեկը փոխվի, խնդրում ենք տեղեկացնել մեզ՝ գանգահարելով Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն՝ 711): Անդամները կարող են առցանց **My Molina** հաշիվ ստեղծել՝ իրենց բժշկին փոխելու, իրենց կոնտակտային տվյալները թարմացնելու, նոր ID անդամագրա ստանալու հայտ ներկայացնելու, իրենց անհրաժեշտ ծառայությունների մասին առողջապահական հիշեցումներ ստանալու կամ իրենց ծառայության պատմությունը դիտելու համար: Այցելեք՝ www.mymolina.com՝ ձեր My Molina հաշիվը ստեղծելու կամ մուտք գործելու համար:

Կարևոր է նաև գանգահարել Սոցիալական ապահովության ծառայություն, եթե տեղափոխվում եք կամ փոխում եք ձեր փոստային հասցեն: Զանգահարեք Սոցիալական ապահովության ծառայություն՝ 1-800-772-1213 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 1-800-325-0778):

ԲԱԺԻՆ 7 Ինչպես են այլ ապահովագրություններն աշխատում մեր պլանի հետ

Medicare-ը պահանջում է, որ մենք հավաքենք տեղեկություններ ձեր ունեցած այլ բժշկական կամ դեղորայքային ապահովագրության մասին, որպեսզի կարողանանք համակարգել այդ ապահովագրությունը մեր պլանով տրամադրվող նպաստների հետ: Սա կոչվում է **նպաստների համակարգում:**

Տարին մեկ անգամ մենք ձեզ կուղարկենք նամակ, որում քվարկված կլինեն մեզ հայտնի ցանկացած այլ բժշկական կամ դեղորայքային ապահովագրություն, որ ունեք: Խնդրում ենք ուշադիր կարդալ այս տեղեկատվությունը: Եթե այն ճիշտ է, դուք որևէ անելու բան չունեք: Եթե տեղեկատվությունը ճիշտ չէ, կամ եթե ունեք այլ ապահովագրություն, որը նվազ չէ, գանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն՝ 711): Կարող է անհրաժեշտ լինել ձեր պլանի անդամի ID համարը տրամադրել ձեր մյուս ապահովագրողներին (եթե հաստատեք նրանց ինֆորմացիան), որպեսզի ձեր հաշիվները վճարվեն ճիշտ և ժամանակին:

Գլխիկ 1: Ինչպես սկսել մասնակցի կարգավիճակում

Երբ դուք ունեք այլ ապահովագրություն (օրինակ՝ գործատուի խմբային բժշկական ապահովագրություն), **Medicare**-ի կողմից սահմանված կանոններ կան, որոնք որոշում են, թե որ ապահովագրությունն է վճարում առաջինը: Առաջին վճարում կատարող ապահովագրությունը կոչվում է («Հիմնական վճարող») փոխհատուցում է իր սահմանաչափի շրջանակներում: Երկրորդ վճարում կատարողը («Երկրորդային վճարող») վճարում է միայն այն դեպքում, եթե հիմնական հատուցումից հետո մնացել են չհատուցված ծախսեր: Երկրորդ վճարողը կարող է չվճարել բուլսը չհատուցված ծախսերը: Եթե դուք ունեք այլ ապահովագրություն, տեղեկացրեք ձեր բժշկին, հիվանդանոցին և դեղատանը:

Այս կանոնները վերաբերում են գործատուի կամ արեմիություն խմբային առողջապահական պլանի ապահովագրությանը.

- Եթե դուք ունեք բուժակառուի ապահովագրություն, **Medicare**-ը վճարում է առաջինը:
- Եթե ձեր խմբային առողջապահական պլանի ապահովագրությունը պայմանավորված է ձեր կամ ձեր ընտանիքի անդամի ներկայիս գբաղվածությամբ, ապա առաջինը վճարողը կախված է ձեր տարիքից, ձեր գործատուի մոտ աշխատող մարդկանց թվից և այն բանից, թե արդյոք դուք ունեք **Medicare**՝ ելնելով ձեր տարիքից, հաճախումությունից կամ երիկամային հիվանդության վերջնական փուլից (**ESRD**):
 - Եթե ձեր տարիքը **65** տարեկանից ցածր է և ունեք հաճախումություն, և դուք (կամ ձեր ընտանիքի անդամը) դեռ աշխատում եք, ձեր խմբային առողջապահական պլանը առաջինն է վճարում, եթե գործատուն ունի **100** կամ ավելի աշխատակից կամ առնվազն մեկ գործատու բազմակի գործատուների ծրագրում, որն ունի ավելի քան **100** աշխատակից:
 - Եթե ձեր տարիքը **65** տարեկանից բարձր է, և դուք (կամ ձեր ամուսինը կամ գուզընկերը) դեռ աշխատում եք, ձեր խմբային առողջապահական պլանը առաջինն է վճարում, եթե գործատուն ունի **20** կամ ավելի աշխատակից կամ առնվազն մեկ գործատու բազմակի գործատուների ծրագրում, որն ունի ավելի քան **20** աշխատակից:
- Եթե դուք ունեք **Medicare ESRD**-ի հիմնով, ձեր խմբային առողջության ապահովագրական պլանն առաջինը կվճարի **Medicare**-ի համար իրավունակ դառնալուց հետո առաջին **30** ամիսների ընթացքում:

Այս տեսակի ապահովագրությունները սովորաբար նախ վճարում են յուրաքանչյուր տեսակին վերաբերող ծառայությունների համար.

- «Առանց մեղքի հանաչման» ապահովագրություն (ներառյալ ավտոմեքենայի ապահովագրությունը)
- Պատասխանատվության ապահովագրություն (ներառյալ ավտոմեքենայի ապահովագրությունը)
- Սև թռեքի նպաստներ
- Աշխատողների փոխհատուցում:

Medicaid-ը և **TRICARE**-ը երբեք առաջինը չեն վճարում **Medicare**-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայությունների համար: Նրանք վճարում են միայն **Medicare**-ի և/կամ գործատուի խմբային առողջապահական ծրագրերի վճարումից հետո:

Գլուխ 2:

Կարևոր հեռախոսահամարներ և աղբյուրներ

ԲԱԺԻՆ 1 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) -ի կոնտակտային տվյալներ

Պահանջների, վնասումների կամ անդամակցության ֆարտի հետ կապված հարցերի համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) -ի Անդամների սպասարկման ծառայությանը: Մենք ուրախ կլինենք օգնել ձեզ կարգավորել դա:

Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ Կոնտակտային տվյալներ	
ԶԱՆԳԱՀԱՆԵՔ	(866) 314-2427 Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են: Ժամեր՝ հոկտեմբերի 1-ից մինչև մարտի 31-ը, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m., շաբաթական՝ 7 օր: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Անդամների սպասարկման ծառայությունը ունի նաև անվճար թարգմանչական ծառայություններ, որոնք հասանելի են անգլերեն չխոսող անձանց համար:
TTY՝	711 Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են: Խոսքի և լսողության խնդիրներ ունեցող անձանց համար հաղորդակցման ազգային ծառայությունը հասանելի է օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
Ֆախ	(310) 507-6186
Գրեթե Մեզ	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Վեբկայք	centralhealthplan.com

Ինչպես կապվել մեզ հետ, երբ ցանկանում եմ դիմել մեզ ձեր բուժապասարկման կամ D մասի դեղատոմսային դեղերի վերաբերյալ ապահովագրության որոշման կամ բողոքարկման նպատակով:

Ապահովագրության որոշումը մենք կայացնում ենք ձեր նպատակների և ապահովագրության կամ ձեր բժշկական ծառայությունների կամ Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի համար մեր կողմից վնարվող գումարի վերաբերյալ: Բողոքարկումը մեզանից պահանջելու պատճառով եղանակ է՝ վերանայել և փոխել մեր կողմից ընդունված ապահովագրական որոշումը: Ձեր բուժապասարկման կամ D մասի դեղատոմսային դեղերի վերաբերյալ ապահովագրության որոշումներ կամ բողոքարկումներ խնդրելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս 9 -րդ գլուխը (Ինչ անել, եթե խնդիր կամ բողոք ունեք [ապահովագրության որոշումներ, բողոքներ, բողոքարկումներ]):

Բուժապասարկման ապահովագրական որոշումներ և բողոքարկումներ. Կոնտակտային տվյալներ	
ՋԱՆԳԱՀԱՆՔ	(866) 314-2427 Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են: Շաբաթը 7 օր, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 5 p.m.
TTY՝	711 Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են: Խոսքի և լսողության խնդիրներ ունեցող անձանց համար հաղորդակցման ազգային ծառայությունը հասանելի է օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
Ֆախ	Advanced Imaging: (877) 731-7218; Transplants (877) 813-1206; Medical/Behavioral Health Outpatient (844) 251-1450; Inpatient (844) 834-2152; RX/Jcodes (866) 290-1309
Գրեթե Մեզ	Central Health Attn: Coverage Request 200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802
Վեբկայք	centralhealthplan.com

Ապահովագրական որոշումներ և բողոքարկումներ D մասի դեղատոմսային դեղերի համար. կոնտակտային տվյալներ	
ՋԱՆԳԱՀԱՆՔ	Հեռախոս՝ (800) 665-3086՝ հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ը: Շաբաթը 7 օր, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m., ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը. երկուշաբթիից ուրբաթ, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m.:
TTY՝	711
Ֆախ	(866) 290-1309
Գրեթե Մեզ	Molina Medicare Complete Care Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, Utah 84047
Վեբկայք	centralhealthplan.com

Բուժապասարկման վերաբերյալ բողոքներ. կոնտակտային տվյալներ	
ՋԱՆԳԱՀԱՆՔ	(866) 314-2427 Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են: Շաբաթը 7 օր, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 5 p.m.

Բուժսպասարկման վերաբերյալ բողոքներ. կոնտակտային տվյալներ	
TTY՝	711 Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են: Խոսքի և լսողության խնդիրներ ունեցող անձանց համար հաղորդակցման ազգային ծառայությունը հասանելի է օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
Ֆախ	(562) 499-0610
Գրեթե Մեջ	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
Վեբկայք	centralhealthplan.com

Ուր դիմել՝ խնդրելով մեզ վճարել բուժսպասարկման կամ ստացած դեղամիջոցի արժեքի մեր մասնաբաժինը

Եթե դուք ստացել եք հաշիվ կամ վճարել եք ծառայությունների դիմաց (օրինակ՝ մատակարարի հաշիվ), որոնց համար կարծում եք, որ մենք պետք է վճարենք, կարող եք դիմել մեզ փոխհատուցման խնդրանքով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացե՛ք Գլուխ 7-ը:

Եթե վճարման պահանջագիր եք ներկայացնում մեզ, և մենք մերժում ենք ձեր դիմումի որևէ մաս, ապա կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Ավելի շատ տեղեկությունների համար տե՛ս 9-րդ գլուխը (*Ինչ անել, եթե խնդիր կամ բողոք ունե՛ք (ապահովագրության որոշումներ, բողոքներ, բողոքարկումներ)*):

Բուժսպասարկման վճարման հայտեր. կոնտակտային տվյալներ	
ՋԱՆԳԱՀԱՆԵՔ	(866) 314-2427 Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են: Շաբաթը 7 օր, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 5 p.m.
TTY՝	711 Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են: Խոսքի և լսողության խնդիրներ ունեցող անձանց համար հաղորդակցման ազգային ծառայությունը հասանելի է օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
Ֆախ	(310) 507-6186

Բուժսպասարկման վճարման հայտեր. կոնտակտային տվյալներ

ԳԻՆԲ ՄԵՁ	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Վեբկայք	centralhealthplan.com

Մաս D-ի դեղերի վճարման հայտեր. կոնտակտային տվյալներ

ԶԱՆԳԱՀԱՆԲԻՔ	Հեռախոս՝ (800) 665-3086՝ հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ը: Շաբաթը 7 օր, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m., ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m.:
TTY՝	711
Ֆախ	(866) 290-1309
ԳԻՆԲ ՄԵՁ	Molina Medicare Complete Care Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, Utah 84047
Վեբկայք	centralhealthplan.com

ԲԱԺԻՆ 2 Ինչպես ստանալ օգնություն Medicare-ից

Medicare-ը՝ դաշնային բժշկական ապահովագրության ծրագիր է 65 տարեկան կամ բարձր տարիքի անձանց, 65 տարեկանից ցածր հաճախումներով ունեցող որոշ անձանց և երիկամային հիվանդության վերջին փուլում (գլխալիզ կամ երիկամի փոխպատվաստում պահանջող մշտական երիկամային անբավարարություն) գտնվող անձանց համար:

Medicare-ը դեկտվարող դաշնային գործակալությունը Medicare և Medicaid սպասարկման կենտրոններն են կամ CMS-ը: Այս գործակալությունը պայմանագրեր է կնքել Medicare Advantage կազմակերպությունների հետ, այդ թվում՝ մեր պլանի հետ:

Medicare՝ կոնտակտային տվյալներ

ԶԱՆԳԱՀԱՆԲԻՔ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
TTY՝	1-877-486-2048 Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են:

Medicare՝ կոնտակտային տվյալներ	
Կենդանի գրույց	Կենդանի գրույց՝ www.Medicare.gov/talk-to-someone հասցեով:
Գրե՛ք Մե՛զ	Գրե՛ք Medicare-ին PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 հասցեով
Վեբկայք	<p>www.medicare.gov</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ստացե՛ք տեղեկություններ ձեր տարածքում գործող Medicare առողջապահական և դեղորայքային պլանների, այդ թվում՝ դրանց արժեքի և մատուցվող ծառայությունների մասին: • Գտե՛ք Medicare պլանի մասնակից բժիշկներ կամ այլ առողջապահական ծառայություններ մատուցողներ և մտակարարներ: • Պարզե՛ք, թե ինչ է փոխհատուցում Medicare-ը, ներառյալ կանխարգելիչ ծառայությունները (օրինակ՝ սիրիինիզներ, պատվաստումներ կամ պատվաստանյութեր, ինչպես նաև տարեկան պլանային բուժզննումներ): • Ստացե՛ք Medicare-ի բողոքարկման տեղեկատվություն և ձևաթղթերը: • Ստացե՛ք տեղեկատվություն պլանների, բուժօւյրական խնամքի կենտրոնների, հիվանդանոցների, բժիշկների, տնային առողջապահական գործակալությունների, դիալիզի կենտրոնների, հոսպիտալի կենտրոնների, ստացիոնար վերականգնողական հաստատությունների և երկարատև խնամքի հիվանդանոցների կողմից տրամադրվող խնամքի որակի մասին: • Փնտրե՛ք օգտակար կայքեր և հեռախոսահամարներ: <p>Դուք կարող ե՛ք նաև օգտվել կայքից՝ Medicare-ին տեղեկացնելու Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ի վերաբերյալ ձեր ունեցած ցանկացած բողոքի մասին:</p> <p>Medicare-ին առցանց բողոք ներկայացնելու համար այցելե՛ք www.Medicare.gov/my/medicare-complaint: Medicare-ը մանրամասն ուսումնասիրում է ձեր բողոքները և օգտագործում է դրանք Medicare ծրագրի որակը բարելավելու նպատակով:</p>

ԲԱԺԻՆ 3 Բժշկական ապահովագրության աջակցման նահանգային ծրագիր (SHIP)

Նահանգային բժշկական ապահովագրության աջակցման ծրագիրը (SHIP, The State Health Insurance Assistance Program) կառավարական ծրագիր է, որը յուրաքանչյուր նահանգում ունի մասնագիտացված խորհրդատուներ և առաջարկում է անվճար օգնություն, տեղեկություն, ինչպես նաև պատասխանում է Medicare-ի վերաբերյալ ձեր հարցերին:

California-ի Ventura վարչաօրջան. Ventura County Area Agency on Aging -ը անկախ (կապված չէ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական պլանի հետ) պետական ծրագիր է, որը գումար է ստանում Դաշնային կառավարությունից՝ Medicare-ով մարդկանց անվճար տեղական բժշկական ապահովագրության խորհրդատվություն տալու համար:

California-ի Ventura վարչաօրջան. Ventura County Area Agency on Aging -ի խորհրդատուները կարող են օգնել ձեզ հասկանալ ձեր Medicare իրավունքները, օգնել ձեզ բողոքներ ներկայացնել ձեր բուժապաստարկման կամ բուժման վերաբերյալ և լուծել ձեր Medicare-ի հաշիվների հետ կապված խնդիրները: California-ի Ventura վարչաօրջան. Ventura County Area Agency on Aging -ի խորհրդատուները կարող են նաև օգնել ձեզ Medicare-ի հետ կապված հարցերի կամ խնդիրների մասով և օգնել ձեզ հասկանալ ձեր Medicare ծրագրի ընտրությունները և պատասխանել ծրագրերը փոխելու վերաբերյալ հարցերին:

Ventura վարչաբջջան. Ventura County Area Agency on Aging (California's SHIP) – Կոնտակտային տվյալներ	
ԶԱՆԳԱՀԱՆՐԵՔ	Ventura վարչաբջջան՝ (805) 477-7310, Ventura վարչաբջջան՝ Երկուշաբթիից ուրբաթ. 8 a.m. - 5 p.m.
TTY՝	711 Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է:
ԳՐԵՔ ՄԵԶ	Ventura county: Ventura County Area Agency on Aging 4651 Telephone Road Ventura, CA 93003-9086 (805) 477-7310
Վեբկայք	https://www.aging.ca.gov/hicap

ԲԱԺԻՆ 4 Որակի բարելավման կազմակերպություն (QIO)

Medicare-ի ապահովագրության ունեցող մարդկանց սպասարկում է յուրաքանչյուր նահանգում նշանակված Որակի բարելավման կազմակերպությունը (QIO): Որակի բարելավման կազմակերպությունը **California**-ի համար կոչվում է **Livanta**:

Livanta գործակալությունն ունի բժիշկների և այլ առողջապահական մասնագետների խումբ, որոնք վարձատրվում են **Medicare**-ի կողմից՝ **Medicare**-ի ապահովագրության ունեցող մարդկանց բուժապաստարկման որակը ստուգելու և բարելավելու համար: **Livanta**-ն անկախ կազմակերպություն է: Այն մեր պլանի հետ կապված չէ:

Դուք պետք է կապվեք **Livanta** գործակալության հետ հետևյալ իրավիճակներից որևէ մեկի դեպքում՝

- Դուք բողոք ունեք ստացված բուժապաստարկման որակի վերաբերյալ: Բուժօգնության որակի հետ կապված մտահոգությունների օրինակներից են՝ սխալ դեղորայքի ստացումը, ավելորդ հետազոտությունները կամ ընթացակարգերը և սխալ ակտորաբուժումը:
- Դուք կարծում եք, որ ձեր հիվանդանոցային կեցության ապահովագրությունը շատ շուտ է ավարտվում:
- Կարծում եք, որ Տնային բուժապաստարկում ձեր բուժապաստարկման, որակավորված բուժօրոյրական խնամքի հաստատության կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունները շատ վաղ են ավարտվում:

Livanta (California-ի Որակի բարելավման կազմակերպություն) – կոնտակտային տվյալներ	
ԶԱՆԳԱՀԱՆՐԵՔ	(877) 588-1123 Երկուշաբթիից ուրբաթ՝ 9 a.m. - 5 p.m. տեղական ժամանակով և հանգստյան և տոն օրերին՝ 10 a.m. - 4 p.m. տեղական ժամանակով Հասանելի է 24-ժամյա ձայնային փոստի ծառայություն:
TTY՝	Հավաքեք՝ 711 (855) 887-6668 Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է:

Livanta (California-ի Որակի բարելավման կազմակերպություն) – կոնտակտային տվյալներ	
ԳԻՆԲ ՄԵԶ	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Վեբկայք	https://www.livantaqio.cms.gov/

ԲԱԺԻՆ 5 Սոցիալական ապահովություն

Սոցիալական ապահովության ծառայությունն է որոշում **Medicare** պլանից օգտվելու իրավասությունը և կարգավորում է անդամակցությունները **Medicare** պլանում: Սոցիալական ապահովությունը նաև պետք է որոշի, թե ով է պարտավոր լրացուցիչ գումար վճարել իր Մաս D-ի դեղերի ապահովագրական ծածկույթի համար՝ ավելի բարձր եկամուտ ունենալու պատճառով: Եթե դուք ստացել եք նամակ Սոցիալական ապահովությունից, որում ասվում է, որ պետք է լրացուցիչ գումար վճարեք, իսկ դուք հարցեր ունեք գումարի վերաբերյալ, կամ եթե ձեր եկամուտը նվազել է որևէ կրիտիկական իրադարձության պատճառով, կարող եք զանգահարել Սոցիալական ապահովություն՝ վերանայման խնդրանքով:

Եթե տեղափոխում կամ փոխում եք ձեր փաստային հասցեն, կարևոր է դիմել Սոցիալական ապահովության ծառայությանը՝ նրանց այդ մասին տեղեկացնելու համար:

Սոցիալական ապահովություն՝ Կոնտակտային տվյալներ	
ԶԱՆԳԱՀԱՆԲԻՔ	1-800-772-1213 Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են: Հասանելի է երկուշաբթիից ուրբաթ, 8 a.m. - 7 p.m.: Դուք շուրջօրյա կարող եք օգտվել սոցիալական ապահովության ավտոմատացված հեռախոսային ծառայություններից՝ ձայնագրված տեղեկատվություն ստանալու և որոշ գործեր օրը 24 ժամ իրականացնելու համար:
TTY՝	1-800-325-0778 Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են: Հասանելի է երկուշաբթիից ուրբաթ, 8 a.m. - 7 p.m.:
Վեբկայք	www.ssa.gov

ԲԱԺԻՆ 6 Medicaid

Medicaid-ը դաշնային և նահանգային կառավարության համատեղ ծրագիր է, որը օգնում է սահմանափակ եկամուտներ և ռեսուրսներ ունեցող որոշակի անձանց բժշկական և ծախսերի հետ կապված հարցերով: Յուրաքանչյուր նահանգ որոշում է, թե ինչն է համարվում եկամուտ և ռեսուրս, ով է իրավասու, ինչ ծառայություններ են ապահովագրվում և դրանց արժեքը: Նահանգները կարող են որոշել, ինչպես վարել իրենց ծրագրերը, քանի որ հետևում են դաշնային կանոններին:

Գլուխ 2: Կարևոր հեռախոսահամարներ և աղբյուրներ

Բացի այդ, կան ծրագրեր, որոնք առաջարկվում են Medicaid միջոցով, որոնք օգնում են Medicare ունեցող մարդկանց վճարել Medicare-ի կրեց ծախսերը, օրինակ՝ Medicare-ի ապահովագրավարները: Այս «Medicare խնայողական ծրագրերը» օգնում են սահմանափակ եկամուտ և ռեսուրսներ ունեցող մարդկանց ամեն տարի գումար խնայել:

Այս պլանի անդամները կրկնակի գրանցված են և՛ Medicare-ում, և՛ Medicaid-ում: Medicaid-ից ստացվող օգնության վերաբերյալ հարցերի դեպքում կապ հաստատեք California Department of Health Care Services-ի հետ:

California Department of Health Care Services, (California-ի Medicaid ծրագիր) - կոնտակտային տվյալներ

ՋԱՆԳԱՀԱՆՔ	(916) 449-5000 N/A
TTY՝	711 Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է:
Գրեթե Մեջ	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4401 Sacramento, CA 95899-7413
Վեբկայք	https://www.dhcs.ca.gov/

Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman (California-ի օմբուդսմենի պլանը) օգնում է Medicaid-ում գրանցված մարդկանց ծառայությունների կամ հաշիվների հետ կապված հարցերում: Նրանք կարող են օգնել ձեզ բողոք կամ գանգատ ներկայացնել մեր պլանին:

Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman - կոնտակտային տվյալներ

ՋԱՆԳԱՀԱՆՔ	(888) 452-8609 երկուսաբթից ուրբաթ, ժամը 8 a.m. - 5 p.m., PT, բացառությամբ տոն օրերը
TTY՝	N/A Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է:
Գրեթե Մեջ	N/A
Վեբկայք	https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) -ը օգնում է մարդկանց տեղեկություն ստանալ տարեցների խնամքի հաստատությունների մասին և լուծել բնակիչների կամ նրանց ընտանիքների միջև առկա խնդիրները:

California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) - կոնտակտային տվյալներ

ՋԱՆԳԱՀԱՆՔ	(800) 231-4024 երկուսաբթից ուրբաթ, ժամը 8 a.m. - 5 p.m., PT, բացառությամբ տոն օրերը
------------------	--

California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) - Կոնտակտային տվյալներ

Գրեթե Մեզ	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Վեբկայք	http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/

ԲԱԺԻՆ 7 Ծրագրեր, որոնք օգնում են մարդկանց վնասել դեղատոմսային դեղերի համար

Medicare-ի կայքը (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) տվյալներ է տրամադրում դեղատոմսային դեղերի արժեքները նվազեցնելու վերաբերյալ: Ստորև ներկայացված ծրագրերը կարող են օգնել սահմանափակ եկամուտ ունեցող անձանց:

«Extra Help» Medicare-ից:

Քանի որ դուք իրավունակ եք միանալու Medicaid-ին, ապա ստանում եք «Extra Help» Medicare-ի կողմից, որն օգնում է վնասել դեղատոմսային դեղերի պլանի համար: Այս «Extra Help»-ը ստանալու համար որևէ բան ձեռնարկելու անհրաժեշտություն չկա:

Եթե հարցեր ունեք «Extra Help» վերաբերյալ, ապա զանգահարեք նշված հեռախոսահամարով՝

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Զանգահարեք Սոցիալական ապահովության ծառայության ներկայացուցչին 1-800-772-1213 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8 a.m. - 7 p.m.: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-325-0778 հեռախոսահամարով կամ
- Զեր նահանգի Medicaid գրասենյակ (դիմումներ) (կոնտակտային տվյալների համար տե՛ս այս Գլխիկ 6-րդ Բաժինը):

Եթե կարծում եք, որ դեղատանը դեղատոմսի համար սխալ գումար եք վճարում, մեր ծրագիրը ունի գործընթաց, որը կօգնի ձեզ ստանալ ձեր համավնասի հիշտ չափի վերաբերյալ ապացույց: Եթե արդեն ունեք հիշտ գումարի ապացույց, մենք կարող ենք օգնել ձեզ այն մեզ ուղարկել:

- Լավագույն հասանելի ապացույցը (BAE) այս կայքում՝ <http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best Available Evidence Policy.html>: BAE-ն օգտագործվում է անդամի ցածր եկամտի սուբսիդիան որոշելու համար: Մեր Անդամների սպասարկման ծառայությունը և դեղատան բաժինը նույնականացնում են այն դեպքերը, երբ կիրառվում է BAE ֆազաֆականությունը: Անդամները կարող են BAE փաստաթղթեր ուղարկել՝ իրավասությունը հաստատելու համար՝ Գլխիկ 2-ում նշված Անդամների սպասարկման ծառայությանը: Բացի այդ, հարցեր ունենալու դեպքում կարող եք կապվել Անդամների սպասարկման ծառայության հետ: Ընդունելի ապացույցներ են՝
 - SSA-ի պարզևատրման նամակ
 - Պարզևատրման մասին ծանուցում
 - Սոցիալական ապահովության լրացուցիչ եկամուտ:

Գլուխ 2: Կարևոր հեռախոսահամարներ և աղբյուրներ

- Երբ ստանանք ձեր համավճարի ճիշտ մակարդակը ներկայացնող ապացույցները, կրթամացնենք մեր համակարգը, որպեսզի կարողանաք ճիշտ չափի համավճար վճարել ձեր հաջորդ դեղատոմսային դեղերը ստանալիս: Եթե գերավճարում եք ձեր համավճարի համար, մենք կվերադարձնենք այդ գումարը՝ չեղով կամ ապագա համավճարի ներդրումը: Եթե դեղատոմսը չի վերցրել ձեր համավճարը, և դուք պարտք եք, մենք կարող ենք ուղղակիորեն վճարել դեղատոմսը: Եթե նախանգրված վճարել է ձեր անունից, մենք կարող ենք վճարումը կատարել անմիջապես նախանգրված: Հարցերի դեպքում խնդրում ենք կապվել սպասարկման ծառայության հետ:

Ի՞նչ անել, եթե ունեք լրացուցիչ օգնություն (Extra Help) և ապահովագրություն AIDS-ի դեղերի օգնության ծրագրից (AIDS Drug Assistance Program, ADAP):

Ի՞նչ է AIDS-ի դեղերի աջակցման ծրագիրը (ADAP):

AIDS-ի դեմ պայքարի դեղերի աջակցման ծրագիրը (ADAP) օգնում է HIV/AIDS-ով տառապող մարդկանց՝ հասանելիություն ունենալ HIV-ի դեմ կենսական անհրաժեշտության դեղամիջոցներին: Medicare Part D-ի դեղատոմսային դեղերը, որոնք նույնպես ներառված են ADAP-ի դեղաբանական տեղեկագրում, համապատասխանում են Դեղատոմսային դեղերի արժեքների մասնաբաժնի օգնությանը հետևյալի միջոցով՝ Office of AIDS: Նշում՝ Ձեր նախնադի ADAP ծրագրին իրավունակ լինելու համար պետք է բավարարել որոշակի չափանիշներին՝ ներառյալ գրանցման հասցեն և HIV-ի կարգավիճակի ապացույցը, պետության կողմից սահմանված ցածր եկամուտը և չապահովագրված/բերապահովագրված կարգավիճակը: Եթե փոխում եք ծրագրերը, խնդրում ենք տեղեկացնել ձեր տեղական ADAP գրանցման աշխատակցին, որպեսզի կարողանաք շարունակել օգնություն ստանալ:

Որակավորման չափանիշներին, ապահովագրված դեղերի կամ պլանին գրանցվելու վերաբերյալ տեղեկությունների համար խնդրում ենք գանգահարել Office of AIDS՝ (916) 449-5900:

Medicare Prescription Payment Plan

Medicare-ի Prescription Payment Plan-ը վճարման տարբերակ է, որը համադրվում է ձեր ընթացիկ դեղերի ծածկույթի հետ՝ օգնելու ձեզ կառավարել մեր պլանով փոխհատուցվող դեղերի հետ կապված անձնական ծախսերը՝ դրանք հավասարաչափ բաշխելով ամբողջ օրացուցային տարվա ընթացքում (հունվարից դեկտեմբեր): Այս վճարման տարբերակից կարող եք օգտվել բոլոր նրանք, ովքեր ունեն Medicare դեղերի պլան կամ Medicare առողջապահական պլան՝ դեղերի ապահովագրությամբ (օրինակ՝ դեղերի ծածկույթով Medicare Advantage պլան): **Վճարման այս տարբերակը կարող է օգնել ձեզ վերահսկել ձեր ծախսերը, բայց դրա միջոցով դուք չեք կարող գումար խնայել կամ նվազեցնել ձեր դեղերի արժեքները: Եթե մասնակցում եք Medicare-ի Prescription Payment Plan-ում և մնում եք նույն Մաս D պլանում, ապա ձեր մասնակցությունը ավտոմատ կերպով կրթամացվի 2026 թվականի համար:** Իրավասություն ունեցողների համար «Extra Help»-ը Medicare-ից, SPAP-ից և ADAP-ից օգնությունը ավելի շահավետ է, քան Medicare-ի Prescription Payment Plan մասնակցությունը: Այս վճարման տարբերակի մասին ավելի իմանալու համար գանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 711) կամ այցելեք www.Medicare.gov կայք:

Medicare Prescription Payment Plan՝ կոնտակտային տվյալներ	
ԶԱՆԳԱՀԱՆՔԻ	(844) 239-4913 Այս հեռախոսահամարին գանգերն անվճար են: Անդամների սպասարկման ծառայությունը (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 711) ունի նաև անվճար թարգմանչի ծառայություններ, որոնք հասանելի են անգլերեն չխոսող անձանց համար:
TTY՝	711

Medicare Prescription Payment Plan՝ կոնտակտային տվյալներ	
	Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են: Ժամեր՝ հոկտեմբերի 1-ից մինչև մարտի 31-ը, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m., շաբաթական՝ 7 օր: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m.:
Ֆախ	(310) 507-6186
ԳԻՆԲ ՄԵԶ	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Վեբկայք	centralhealthplan.com

**ԲԱԺԻՆ 8 Երկաթուղային տրանսպորտի ոլորտի աշխատողների կենսաթոշակային հարցերով
գրադվող խորհուրդ (RRB)**

Railroad Retirement Board-ն անկախ դաշնային գործակալություն է, որը կառավարում է նպաստների համապարփակ ծրագրեր՝ երկրի երկաթուղային աշխատողների և նրանց ընտանիքների համար: Եթե ստանում եք Medicare ապահովագրություն Railroad Retirement Board գործակալության միջոցով, կարևոր է տեղեկացնել նրանց, եթե տեղափոխվում եք կամ ձեր փոստային հասցեում փոփոխություն է կատարվում: Եթե հարցեր ունեք Railroad Retirement Board գործակալության միջոցով ստացվող ձեր նպաստների վերաբերյալ, դիմեք գործակալությանը:

Railroad Retirement Board (RRB)՝ Կոնտակտային տվյալներ	
ԶԱՆԳԱՀԱՆԲԲ	1-877-772-5772 Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են: Եթե սեղմեք «0», կարող եք խոսել RRB-ի ներկայացուցչի հետ ժամը 9 a.m. - 3:30 p.m., երկուշաբթի, երեքշաբթի, հինգշաբթի և ուրբաթ օրերին և 9 a.m. - 12 p.m. չորեքշաբթի օրը: Եթե սեղմեք «1», դուք կարող եք մուտք գործել ավտոմատացված RRB օգնության գիծ և ձայնագրված տեղեկատվություն՝ օրը 24 ժամ, ներառյալ հանգստյան օրերը և արձակուրդները:
TTY՝	1-312-751-4701 Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար չեն:
Վեբկայք	https://rrb.gov/

**ԲԱԺԻՆ 9 Արդյո՞ք ունե՞ք խմբային ապահովագրություն կամ այլ բժշկական
ապահովագրություն գործատուի կողմից ձեր**

Եթե դուք (կամ ձեր անունինը կամ գուզընկերը) նպաստներ եք ստանում ձեր (կամ ձեր անունու կամ գուզընկերոջ) գործատուից կամ թուշակառուների խմբից՝ որպես այս ծրագրի մաս, կարող եք զանգահարել գործատուի/արհմիության նպաստների ադմինիստրատորին կամ Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտատերերը կարող են զանգահարել 711) ցանկացած հարցերի դեպքում: Դուք կարող եք տեղեկատվություն ստանալ ձեր (կամ ձեր անունու կամ գուզընկերոջ) գործատուի կամ թուշակառուի բժշկական խնամքի նպաստների, ապահովագրավեարկների կամ անդամագրման ժամանակահատվածի մասին: (Անդամների սպասարկման ծառայության հեռախոսահամարները տպագրված են այս փաստաթղթի հետևի շաղիկին): Կարող եք զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) այս ծրագրի շրջանակներում ձեր Medicare ապահովագրության վերաբերյալ ցանկացած հարցով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Եթե ունեք դեղերի այլ ապահովագրական ծածկույթ ձեր (կամ ձեր անունու կամ գուզընկերոջ) գործատուի կամ թուշակառուների խմբի միջոցով, խնդրում ենք կապվել **այդ խմբի նպաստների ադմինիստրատորի հետ**: Նպաստների ադմինիստրատորը կօգնի ձեզ հասկանալ, թե ինչպես կաշխատի ձեր ընթացիկ փոխհատուցվող դեղերի ապահովագրական ծածկույթը մեր պլանի հետ:

Գլուխ 3:

Ինչպես օգտվել պլանից ձեր բժշկական և ապահովագրված այլ ծառայությունների համար

ԲԱԺԻՆ 1 Ինչ պետք է իմանալ՝ որպես մեր պլանի անդամ բուժապասարկում և այլ ծառայություններ ստանալու վերաբերյալ

ԲԱԺԻՆ 1.1 Ցանցային մատակարարներ և փոխհատուցվող ծառայություններ

- **Մատակարարները** բժիշկներ և այլ առողջապահական մասնագետներ են՝ պետության կողմից լիցենզավորված են բժշկական ծառայություններ և խնամք մատուցելու համար: «Մատակարարներ» տերմինը ներառում է նաև հիվանդանոցներ և այլ առողջապահական հաստատություններ:
- **Փոխհատուցվող ծառայությունները** ներառում են մեր ծրագրով ապահովագրված ողջ բուժապասարկումը, առողջապահական ծառայությունները, պարագաները, սարքավորումները և դեղատոմսային դեղերը: Ձեր բուժապասարկման փոխհատուցվող ծառայությունները ներկայացված են 4-րդ գլխի նպաստի աղյուսակում: Ձեր դեղատոմսային դեղերի փոխհատուցվող ծառայությունները ներկայացված են 5-րդ գլխում:

ԲԱԺԻՆ 1.2 Պլանով ապահովագրված ձեր բուժապասարկումը և այլ ծառայություններ ստանալու հիմնական կանոնները

Որպես Medicare և Medicaid առողջության ապահովագրական պլան, Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ն պետք է հատուցի Original Medicare-ի կողմից բաղադրված ապահովագրված ծառայությունները և կարող է առաջարկել այլ ծառայություններ՝ Original Medicare-ի կողմից հատուցվողներից բացի:

Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP) պլանն ընդհանուր առմամբ կհատուցի ձեր բուժապասարկումը, բանի դեռ.

- **Ձեր ստացած խնամքը ներառված է պլանի բժշկական նպաստի աղյուսակում՝ 4-րդ գլխում:**
- **Ձեր ստացած խնամքը համարվում է բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ:** Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ նշանակում է, որ ծառայությունները, պարագաները, սարքավորումները կամ դեղերը անհրաժեշտ են ձեր առողջական վիճակի կանխարգելման, ախտորոշման կամ բուժման համար և համապատասխանում են բժշկական պրակտիկայի ընդունված չափանիշներին:
- **Դուք ունեք ցանցային առաջնային բուժօգնության մատակարար (PCP), ով տրամադրում է ձեզ բուժօգնություն և վերահսկում է այն:** Որպես մեր պլանի անդամ, դուք պետք է ընտրեք ցանցային PCP (ավելի շատ տեղեկությունների համար տե՛ս այս գլխի 1.2 բաժինը):
- **Շատ դեպքերում, մեր պլանը պետք է նախապես համաձայնություն (ուղեգիր) տա, մինչև դուք կարողանաք օգտվել պլանի ցանցային այլ մատակարարներից, ինչպիսիք են՝ մասնագետները, հիվանդանոցները, որակավորված խնամքի հաստատությունները կամ տնային բուժապասարկման գործակալությունները:** Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Բաժին 2.3:

Գլխիկ 3: Ինչպես օգտվել պլանից ձեր բժշկական և ապահովագրված այլ ծառայությունների համար

- Արտակարգ բժշկական օգնության կամ շտապ անհրաժեշտ ծառայությունների համար ձեզ անհրաժեշտ չէ ուղեգիր ձեր PCP-ից: Որպեսզի տեղեկանաք, թե որ բժշկական ծառայություններն են փոխհատուցվում առանց ձեր PCP-ի նախապես հաստատելու, անցե՛ք 2.2 բաժինը:
- **Դուք պետք է ստանաք ձեր բուժօգնությունը ցանցային մատակարարից (տես Բաժին 2):** Շատ դեպքերում, ցանցից դուրս մատակարարից (մատակարար, որը մեր պլանի ցանցի մաս չի կազմում) ստացած խնամքը չի ապահովագրվի: Ինչը նշանակում է, որ պետք է ամբողջությամբ վճարե՛ք մատակարարի տրամադրած ծառայությունների դիմաց: *Ահա երե՛ք բացատրություն.*
 - Պլանը հատուցում է ցանցից դուրս մատակարարից ստացված շտապ օգնությունը կամ շտապ անհրաժեշտ ծառայությունները: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, ինչպես նաև՝ իմանալու, թե ինչն է համարվում արտակարգ կամ շտապ անհրաժեշտ ծառայություն, անցե՛ք 3-րդ բաժինը:
 - Եթե ձեզ անհրաժեշտ է բուժսպասարկում, կամ Medicaid պահանջում են, որ մեր պլանը հատուցի, բայց մեր ցանցում չկան մասնագետներ, որոնք մատուցում են այդ ծառայությունները, դուք կարող եք ստանալ դրանք ցանցից դուրս մատակարարից նույն ծախսի մասնաբաժնով, որը սովորաբար վճարում եք ցանցում տրամադրվող ծառայությունների դիմաց: Այս դեպքում նախնական հաստատում է անհրաժեշտ: Օգնության համար խնդրում եմ կապվել անդամների սպասարկման ծառայության հետ: Եթե դուք ստանում եք պլանային խնամք ցանցից դուրս մատակարարներից առանց նախնական հաստատման, ո՛չ Medicare-ը, ո՛չ էլ պլանը պատասխանատու չեն լինի ծախսերի համար: Այս իրավիճակում մենք կհատուցենք այս ծառայություններն այնպես, կարծես դուք դրանք ստանում եք ցանցային մատակարարից: Արտացանցային մատակարարին այցելելու հաստատում ստանալու վերաբերյալ տեղեկությունների համար տես այս գլխի Բաժին 2.4.-ը:
 - Ծրագիրը հատուցում է երիկանների դիալիզի ծառայությունները, որոնք դուք ստանում եք Medicare-ի կողմից հավաստագրված դիալիզի կենտրոնում, երբ դուք ժամանակավորապես գտնվում եք պլանի սպասարկման տարածքից դուրս կամ երբ այս ծառայության ձեր մատակարարը ժամանակավորապես անհասանելի է: Ծախսերի բաշխումը, որը վճարում եք դիալիզի համար, չի կարող գերազանցել Original Medicare-ով նախատեսված ծախսերի բաշխումը: Եթե գտնվում եք պլանի սպասարկման տարածքից դուրս և դիալիզ եք ստանում պլանի արտացանցային մատակարարից, ապա ձեր ծախսերի բաշխման մասը չի կարող գերազանցել այն արժեքը, որը վճարում եք ներցանցային բուժօգնությունների համար: Այնուամենայնիվ, եթե ձեր սովորական ներցանցային դիալիզի մատակարարը ժամանակավորապես անհասանելի է, և դուք որոշում եք ծառայություններ ստանալ սպասարկման տարածքում արտացանցային մատակարարից, ապա դիալիզի ծախսերի բաշխումը կարող է ավելի բարձր լինել:

ԲԱԺԻՆ 2 Օգտվե՛ք պլանի ցանցային մատակարարներից՝ բուժսպասարկում և այլ ծառայություններ ստանալու համար

ԲԱԺԻՆ 2.1 Դուք պետք է ընտրե՛ք առաջնային բուժօգնության մատակարար (PCP)՝ ձեր բուժօգնություն տրամադրելու և այն վերահսկելու համար

Ի՞նչ է PCP-ն և ինչ է նա անում ձեզ համար:

Երբ դուք դառնում եք մեր պլանի անդամ, դուք պետք է ընտրե՛ք ցանցային մատակարար, որը կլինի ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարը (PCP): Ձեր PCP-ն կարող է լինել բժիշկ, բուժօրր կամ այլ առողջապահական մասնագետ, որը համապատասխանում է պետական պահանջներին և պատրաստված է ձեզ հիմնական բժշկական օգնություն տրամադրելու համար: Առողջապահության մասնագետները իրավունակ են մեր պլանի շրջանակներում ծառայություններ մատուցել որպես PCP, երբ նրանք գործունեություն են ծավալում ընտանեկան բժշկության, ընդհանուր բժշկության, ծերերբուժության, ներքին բժշկության կամ մանկաբուժության/գինեկոլոգիայի ոլորտներում: Ինչպես կտեսնե՛ք ստորև, դուք ձեր սովորական/պլանային կամ հիմնական խնամքը կստանաք ձեր PCP-ից: Ձեր PCP-ն նաև կհամակարգի ձեր ստացած մնացած փոխհատուցվող ծառայությունները որպես մեր պլանի անդամ: Օրինակ, մասնագետի մոտ այցելելու համար սովորաբար նախ պետք է ստանաք

Գլխիկ 3: Ինչպես օգտվել պլանից ձեր բժշկական և ապահովագրված այլ ծառայությունների համար

Ձեր PCP հաստատումը (ուս կոչվում է մասնագետի մոտ «ուղեգրում» ստանալ): Ձեր PCP-ից կստանա՞ք ձեր բժշկական խնամքի մեծ մասը, նաև կօգնի կազմակերպել կամ համաձայնեցնել փոխհատուցվող ծառայությունների մնացած մասը, որը ստանում եք որպես մեր պլանի անդամ: Մա ներառում է՝

- ռեուզեն հետազոտությունները,
- լաբորատոր հետազոտությունները,
- թերապիաները,
- բժշկական խնամք մասնագետ բժիշկներից,
- հիվանդանոց ընդունելություն,
- հետագա խնամք:

Ձեր ծառայությունների «համակարգումը» ներառում է այլ ցանցային մատակարարների կատարած ստուգումները կամ խորհրդատվությունը՝ ձեր բժշկական խնամքի և դրա ընթացքի վերաբերյալ: Եթե ձեզ հարկավոր են հասուն տեսակի փոխհատուցվող ծառայություններ կամ պարագաներ, պետք է նախնական հաստատում ստանա՞ք PCP-ի կողմից (ինչպես ուղեգրի տրամադրումը մասնագետին այցելելու համար): Որոշ դեպքերում ձեր PCP-ին անհրաժեշտ կլինի նախնական թույլատվություն (նախնական հաստատում) ստանալ մեր ծրագրից: Քանի որ ձեր PCP-ն ապահովելու և համակարգելու է բուժսպասարկումը, ապա ձեր ողջ բժշկական տեղեկատվությունը/պատմությունը պետք է ուղարկվե՞ք նրա գրասենյակ: Բաժին 3-ը ձեզ կներկայացնի, թե ինչպես ենք մենք պաշտպանելու ձեր բժշկական տեղեկատվության և առողջության մասին անձնական տվյալները գաղտնիությունը:

Ինչպես ընտրել PCP

Ձեր կապը PCP-ի հետ շատ կարևոր է: Մենք հորդորում ենք, որպեսզի ընտրե՞ք ձեր տանը մոտ գտնվող PCP-ի: Ձեզ մոտ գտնվող PCP-ի առկայությունը հեշտացնում է բուժսպասարկումը և վստահելի ու բաց հարաբերությունների հաստատումը: Մատակարարների/դեղատոմսերի տեղեկատուի ամենաբարձր պատճենը ստանալու կամ PCP-ի ընտրության հարցում լրացուցիչ օժանդակություն ստանալու համար, խնդրում ենք կապվել Անդամների սպասարկման ծառայության հետ: Եթե գոյություն ունի որևէ հատուկ մասնագետ կամ հիվանդանոց, որից ցանկանում եք օգտվել, ապա սկզբում հետե՞ք՝ համոզված լինելու համար, որ ձեր PCP-ն կարող է ուղեգրել այդ մասնագետի մոտ կամ, որ նա օգտվում է այդ հիվանդանոցից: Ձեր PCP-ին ընտրելուց հետո մենք առաջարկում ենք, որպեսզի ձեր ամբողջ բժշկական տեղեկատվությունն ուղարկվե՞ք նրա գրասենյակ: Մա PCP-ի համար հասանելի կդարձնի ձեր հիվանդությունների պատմությունը և նրան կհայտնի յուրաքանչյուր հիվանդության մասին, որը կարող է ունենալ: Այժմ ձեր PCP-ն պատասխանատու է ձեր բոլոր պլանային առողջապահական ծառայությունների համար, այսպիսով, նա պետք է լինի այն անձը, ում առաջինը կզանգահարե՞ք որևէ զանգասի դեպքում: Ձեր PCP-ի անունն ու գրասենյակի հեռախոսահամարը տպված են ձեր անդամակցության ֆարսի վրա:

Ինչպես փոխել ձեր PCP-ին

Դուք կարող եք ցանկացած ժամանակ ու ցանկացած պատճառով փոխել ձեր PCP-ին: Հնարավոր է նաև, որ ձեր PCP-ն լքի մեր պլանի մատակարարների ցանցը, և դուք ստիպված լինե՞ք գտնել նոր PCP:

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ն ունի խնամքի շարունակականության (COC) ֆազախանություն, որը թույլ է տալիս ձեզ շարունակել օգտվել ոչ պայմանագրային մասնագետների ծառայություններից հետևյալ դեպքերում՝

Եթե դուք նոր անդամ եք, կարող եք շարունակել բուժումը մինչև 90 օր՝

- եթե գրանցման պահին դուք ակտիվ բուժման փուլում եք ոչ պայմանագրային մասնագետի(ների) մոտ:
- եթե ունե՞ք գործող DME սարքավորումներ, Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) կապահովի շարունակական հասանելիությունը անհրաժեշտ DME-ին և վերանորոգումը նաև ոչ պայմանագրային մատակարարներից:
- եթե հղի եք, կստանա՞ք խնամքի շարունակականություն մինչև ծննդաբերության ավարտը կամ ավելի երկար ժամանակահատված, եթե անհրաժեշտ է, մինչև այլ մատակարարի մոտ անվտանգ տեղափոխվելը:

Գլխիկ 3: Ինչպես օգտվել պլանից ձեր բժշկական և ապահովագրված այլ ծառայությունների համար

Եթե դուք առկա անդամ եք, կարող եք ստանալ շարունակական խնամք մինչև մեկ տարի ընթացիկ ծառայությունների համար՝ ձեր բժշկի կամ հաստատության և Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ի միջև կնքված պայմանագրի դադարեցման դեպքում, հետևյալ նախագրուցումներով.

- Մառայությունները ձեր նպաստների մասն են կազմում:
- Մատակարարի ծառայությունները բուժսպասարկման որակի հետ կապված խնդիրների պատճառով չէ, որ դադարեցվել են:
- Բուժօգնության մատակարարը պետք է համաձայնվի շարունակել ձեզ ընդունել:
- Բուժօգնության մատակարարը համաձայնվել է ընդունել պահանջվող կարգավորիչ սակագները:

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ի անձնակազմը կաշխատի ձեր ոչ պայմանագրային բժշկի հետ՝ փորձելով նրան Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ի ցանց ներգրավել որպես պայմանագրային մատակարար կամ կաշխատի ձեր և մատակարարի հետ՝ ձեր խնամքը ցանցի ներսում գտնվող մասնագետին փոխանցելու համար 90-օրյա խնամքի ժամանակահատվածում: Խնամքի շարունակականությունը կարամադրվի ձեր նպաստների սահմաններում:

Բացառություններ ֆադախականությունից.

1. Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ի անձնակազմը կարող է երկարաձգել 90-օրյա ժամանակահատվածը այնքան ժամանակով, որքան անհրաժեշտ է՝ ձեր ցանկացած կարիքը բավարարելու համար:
2. Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) -ն չի հաստատի ոչ մասնակից մատակարարի կողմից շարունակական խնամքը, եթե՝
 - Ձեզ անհրաժեշտ է միայն ֆունկցիոնալ հիվանդության մոնիթորինգ:
 - Մասնագետի հետ պայմանագիրը դադարեցվել է՝ հիմնված մասնագիտական գործունեության վերանայման վրա ոչ կոմպետենտ կամ անպատշաճ վարքագծի պատճառով, և ձեր բարեկեցությունը կարող է վտանգված լինել:
 - Մասնագետը չի ցանկանում շարունակել ձեզ խնամք տրամադրել:
 - Բուժումը ոչ մասնակից մատակարարի հետ սկսվել է **նրանից հետո**, երբ դուք գրանցվել եք Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ում:
3. Մատակարարը, որը պետք է ապահովեր շարունակական խնամքը, անցյալում չի համապատասխանել Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ի հավատարմագրման ֆադախականությունը/չափանիշներին, կամ փորձում է հավատարմագրվել շարունակական խնամք տրամադրելիս:

ԲԱԺԻՆ 2.2 Բժշկական օգնություն և այլ ծառայություններ, որոնք կարելի է ստանալ առանց PCP-ի ուղեգրի

Դուք կարող եք ստանալ ստորև թվարկված ծառայությունները առանց ձեր PCP նախնական հաստատման:

- Կանանց առողջության պահպանման պլանային ծառայություններ, որոնք ներառում են կրծքագեղձի հետազոտություններ, կրծքագեղձի սֆրինինգային մամոգրաֆիա (կրծքագեղձի ռենտգեն), Պապ թեստեր և կոնֆի հետազոտություններ:
- Պատվաստումներ գրիպի, COVID-19, հեպատիտ B-ի և թոքաբորբի դեմ:
- Մառայություններ արտակարգ իրավիճակներում ցանցային կամ ցանցից դուրս մատակարարներից:

Գլխիկ 3: Ինչպես օգտվել պլանից ձեր բժշկական և ապահովագրված այլ ծառայությունների համար

- Պլանով փոխհատուցվող անհետաձգելի բուժօգնություններն այն ծառայություններն են, որոնք պահանջում են անհապաղ բժշկական օգնություն (բայց ոչ արտակարգ իրավիճակ), երբ դուք ժամանակավորապես գտնվում եք մեր պլանի սպասարկման տարածքից դուրս, կամ երբ ձեր ժամանակի, վայրի և հանգամանքների պատճառով անհիմն է այս ծառայությունը ստանալ ցանցային մատակարարներից: Շտապ անհրաժեշտ ծառայությունների օրինակները անկանխատեսելի հիվանդությունները և վնասվածքներն են, կամ գոյություն ունեցող հիվանդությունների անսպասելի սրացումները: Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ, պարբերական այցերը (օրինակ՝ տարեկան զննությունները) չեն համարվում շտապ անհրաժեշտություն, նույնիսկ երբ դուք գտնվում եք մեր պլանի սպասարկման տարածքից դուրս կամ երբ մեր ցանցը ժամանակավորապես անհասանելի է:
- Երիկամների դիալիզիս ծառայություններ, որոնք ստանում եք Medicare-ի կողմից արտոնագրված դիալիզիս հաստատությունից, երբ գտնվում եք պլանի սպասարկման տարածքից դուրս: Հնարավորության դեպքում զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտատերերը կարող են զանգահարել 711) նախքան սպասարկման տարածքից դուրս գալը, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ կազմակերպել պահպանողական դիալիզիս ձեր բացակայության ընթացքում:

ԲԱԺԻՆ 2.3 Բուժօգնություն մասնագետների և այլ ցանցային մատակարարների կողմից

Մասնագետը բժիշկ է, ով առողջապահական ծառայություններ է տրամադրում մարմնի որևէ մասի հիվանդության դեպքում: Գոյություն ունեն մասնագետների տարբեր տեսակներ. Օրինակ՝

- Ուռուցքաբանները բժշկական խնամք են տրամադրում ֆոնոլոգիայով հիվանդներին:
- Սրտաբանները բժշկական խնամք են տրամադրում սրտի խնդիրներ ունեցող հիվանդներին:
- Օրթոպեդները բժշկական խնամք են տրամադրում ոսկրերի, հոդերի կամ մկանների խնդիրներ ունեցող հիվանդներին:

Ձեր PCP պատասխանատու է ծառայությունների համակարգման համար, այդ թվում ձեզ մասնագետների և այլ ցանցային մատակարարների մոտ ուղղորդելը, անհրաժեշտության դեպքում: Ցանցային մասնագետների հետ գրասենյակ այցելությունների համար նախնական հաստատման պահանջ չկա: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է պլանի նախնական հաստատում պահանջող միջամտություն կամ ծառայություն, ձեր PCP-ն կամ մասնագետը կկապվեն մեզ հետ՝ անհրաժեշտ նախնական թույլտվությունը ստանալու համար: Պլանի նախնական հաստատում պահանջող ծառայությունները նշված են այս փաստաթղթի Գլուխ 4-ի Բաժին 2.1-ում: Պլանի նախնական հաստատում պահանջող ծառայությունների օրինակներից են ընտրովի (ոչ շտապ) ստացիոնար հիվանդանոցային բուժօգնությունը, որակավորված բուժֆուլյարական խնամքի հաստատություն ընդունվելը և Տնային բուժսպասարկումը:

Եթե ձեզ խնամք է անհրաժեշտ աշխատանքային ժամերից հետո, խնդրում ենք զանգահարել ձեր PCP-ին: Այս տեղեկատվությունը նշված է ձեր Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) անդամակցության ID անդամաճառագրի վրա: Եթե կարծում եք, որ դա արտակարգ իրավիճակ է, անմիջապես դիմեք բժշկական օգնության: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս հաջորդ էջի 3-րդ բաժինը (Ինչպես ստանալ փոխհատուցվող ծառայություններ, երբ ունեք արտակարգ կամ անհետաձգելի խնամքի կարիք):

Երբ մասնագետը կամ այլ ցանցային մատակարար լինում է մեր պլանը:

Մենք կարող ենք փոփոխություններ մտցնել այն հիվանդանոցների, բժիշկների, մասնագետների (մատակարարների) և դեղատների ցանկում, որոնք տարվա ընթացքում ներառված են ձեր ծրագրում: Եթե ձեր մատակարարը դուրս է գալիս մեր պլանից, դուք ունեք որոշակի իրավունքներ և պաշտպանվածություն:

- Թեև մատակարարների մեր ցանկը տարվա ընթացքում կարող է փոփոխվել, Medicare-ը պարտադրում է, որ ապահովենք որակավորված բժիշկների և մասնագետների հասանելիություն:
- Մենք ձեզ կտեղեկացնենք, երբ ձեր մատակարարը լքի մեր պլանը, որպեսզի ժամանակ ունենաք ընտրել նոր մատակարար:
 - Եթե ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարը կամ վարձագծային առողջության մատակարարը լքի մեր պլանը, մենք ձեզ կտեղեկացնենք, երբ վերջին 3 տարվա ընթացքում հաճախել եք այդ մատակարարի մոտ:

Գլխիկ 3: Ինչպես օգտվել պլանից ձեր բժշկական և ապահովագրված այլ ծառայությունների համար

- Եթե ձեր մյուս մատակարարներից որևէ մեկը չի մեր պլանը, մենք ձեզ կտեղեկացնենք, եթե դուք նշանակված եք այդ մատակարարի մոտ, ներկայումս նրանցից ծառայություններ եք ստանում կամ տեսել եք նրանց վերջին 3 ամիսների ընթացքում:
- Մենք կօգնենք ձեզ ընտրել նոր որակավորված ցանցային մատակարար՝ շարունակական խնամքի համար:
- Եթե դուք բժշկական բուժում կամ քերպիաներ եք ստանում ձեր ներկայիս մատակարարի մոտ, դուք իրավունք ունեք դիմել՝ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ բուժումը կամ քերպիաները շարունակելու համար: Մենք կաշխատենք ձեզ հետ, որպեսզի դուք կարողանաք շարունակել խնամք ստանալ:
- Մենք ձեզ տեղեկություն կտրամադրենք անդամագրման տարբեր ժամանակահատվածների և պլանների փոփոխման տարբերակների մասին:
- Երբ ցանցային մատակարարը կամ նպաստը անհասանելի են կամ անբավարար ձեր բժշկական կարիքները հոգալու համար, մենք կկազմակերպենք ցանկացած բժշկական առումով անհրաժեշտ փոխհատուցվող նպաստի տրամադրում մեր մատակարարների ցանցից դուրս՝ ցանցային ծախսերի բաշխումով:
- Եթե պարզվի, որ ձեր բժիշկը կամ մասնագետը այլևս ձեր ծրագրում ընդգրկված չէ, ապա խնդրում ենք կապվել մեզ հետ, որպեսզի մենք կարողանանք օգնել ձեզ գտնել ձեր խնամքը կառավարող նոր մատակարար:
- Եթե կարծում եք, որ մենք ձեզ չենք տրամադրել որակավորված մատակարար՝ ձեր նախորդ մատակարարին փոխարինելու համար, կամ որ ձեր խնամքը պատշաճ կերպով չի կառավարվում, դուք իրավունք ունեք խնամքի որակի վերաբերյալ բողոք ներկայացնել QIO-ին, մեր պլանին կամ երկուսը միասին (տե՛ս գլուխ 9):

ԲԱԺԻՆ 2.4 Ինչպես ստանալ բուժօգնություն ցանցից դուրս մատակարարներից

Եթե ձեզ անհրաժեշտ է մասնագիտացված բուժօգնություն, որի համար Medicare-ը հատուցում է նպահանջում մեր պլանով, և մեր ցանցում չկան մատակարարներ, որոնք կարող են տրամադրել այդ խնամքը, ապա դուք կարող եք այն ստանալ ցանցից դուրս մատակարարից: Սա ներառում է այնպիսի մատակարարի ծառայությունները, որը եզակիորեն որակավորված է ձեզ անհրաժեշտ որոշակի ծառայությունը մատուցելու համար, ինչպես նաև մասնագիտացված կենտրոնում կամ գերազանցության կենտրոնում մատուցվող ծառայությունները (օրինակ՝ ESRD ծառայություններ): Մեր ցանցից կամ սպասարկման տարածքից դուրս նպաստների լրացուցիչ սահմանափակումներ չկան:

Դուք կամ ձեր PCP-ն պետք է կապվեք մեր պլանի հետ նախնական հաստատում ստանալու համար, նախքան ցանցից դուրս մատակարարների դիմելը: Օգնության համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն: Եթե մենք ձեզ նախնական հաստատում տանք ցանցից դուրս մատակարարից խնամք ստանալու համար, մենք կձեռնարկենք այդ ծառայությունները այնպես, կարծես դուք դրանք ստացել եք ցանցային մատակարարից:

Շատ կարևոր է նախնական հաստատում ստանալ մեր ծրագրից, նախքան ցանցից դուրս մատակարարներին դիմելը: Եթե չստանաք հաստատում, պլանը կարող է չփոխհատուցել ծառայությունները: Եթե մատակարարը ցանկանում է, որ դուք վերադառնաք ավելի շատ խնամքի համար, նախ ստուգե՛ք՝ համոզվելու համար, որ մեր պլանի հաստատումը ներառում է մեկից ավելի այցելություններ ցանցից դուրս մատակարարին:

Նշում. անդամները իրավունք ունեն ծառայություններ ստանալ ցանցից դուրս մատակարարներից՝ արտակարգ իրավիճակների կամ շտապ անհրաժեշտ ծառայությունների դեպքում: Բացի այդ, ծրագրերը պետք է հատուցեն դիալիզի ծառայությունները ESRD-ի այն անդամների համար, ովքեր հանապարհորդել են պլանի սպասարկման տարածքից դուրս և չեն կարողանում օգտվել պայմանագրային ESRD մատակարարներից:

ԲԱԺԻՆ 3 Ինչպես ստանալ ծառայություններ արտակարգ իրավիճակում, աղետի կամ խնամքի անհետաձգելի անհրաժեշտության դեպքում

ԲԱԺԻՆ 3.1 Ինչպես բուժապասարկում ստանալ շտապ բուժօգնության դեպքում

Շտապ բուժօգնության իրավիճակ է համարվում այն վիճակը, երբ դուք կամ առողջության և բժշկության վերաբերյալ միջին գիտելիքներ ունեցող այլ խելամիտ ոչ մասնագետ անձ կարծում է, որ ունեք բժշկական ախտանիշներ, որոնք պահանջում են անհապաղ բժշկական ուժադրություն՝ կյանքի կորուստը (և եթե հղի եք՝ չծնված երեխայի կորուստը), վերջույթի կորուստը կամ վերջույթի կամ մարմնի որևէ գործառույթի կորուստ կամ լուրջ խնցրարում կանխելու համար: Բժշկական ախտանշանները կարող են լինել հիվանդություն, վնասվածք, սուր ցավ կամ առողջական վիճակ, որն արագ վատթարանում է:

Շտապ բուժօգնության դեպքում՝

- **Օգնության դիմեք որքան հնարավոր է շուտ:** Զանգահարեք 911 կամ գնացեք ամենամոտ անհետաձգելի բժշկական խնամքի սեկյակ կամ հիվանդանոց: Անհրաժեշտության դեպքում շտապ օգնության կանչեք: Պարտադիր չէ սկզբում ստանալ PCP-ի հաստատումը կամ ուղեգիրը: Պարտադիր չէ օգտվել ցանցային բժշկի ծառայությունից: Կարող եք ստանալ ապահովագրված շտապ բուժօգնություն, երբ դրա կարիքն ունենաք, Միացյալ Նահանգների ցանկացած տարածքում համապատասխան պետական լիցենզիա ունեցող ցանկացած մատակարարից, նույնիսկ եթե այն մեր ցանցի մաս չի կազմում:
- **Հնարավորինս շուտ տեղեկացրեք մեր պլանին ձեր արտակարգ իրավիճակի մասին:** Մեզ պետք է հետևել ձեզ տրամադրվող հրատապ օգնությանը: Դուք կամ մեկ այլ անձ պետք է գանգահարի ու տեղեկացնի ձեր հրատապ օգնության կարիքի մասին՝ սովորաբար 48 ժամվա ընթացքում: Խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ ձեր պլանի անդամակցության ֆարտի հակառակ կողմում ճշված հեռախոսահամարով:

Ապահովագրված ծառայությունները շտապ բուժօգնության դեպքում

Շտապ օգնության մեկենայով տեղափոխման ծառայությունները մտնում են ապահովագրության մեջ այն իրավիճակներում, երբ որևէ այլ եղանակով շտապ օգնության բաժանմունք հասնելը կարող է վտանգել ձեր առողջությունը: Մենք ապահովագրում ենք նաև բժշկական ծառայություններն արտակարգ իրավիճակների ժամանակ:

Ձեզ շտապ բուժօգնություն ցուցաբերող մատակարարները որոշում են, թե երբ է ձեր վիճակը կայուն, և երբ է պետք ավարտել շտապ օգնության տրամադրումը:

Արտակարգ իրավիճակից հետո դուք իրավունք ունեք հետագա խնամքի՝ հանդգնելու համար, որ ձեր վիճակը շարունակում է կայուն մնալ: Ձեր բժիշկները կշարունակեն բուժել ձեզ, մինչև կապ հաստատեն մեզ հետ՝ լրացուցիչ խնամքի պլանները ֆինանսիելու համար: Ձեր հետագա խնամքը կհատուցվի մեր պլանով: Եթե ձեր շտապ օգնությունը տրամադրվում է ցանցից դուրս մատակարարների կողմից, մենք կփորձենք ցանցային մատակարարներ ներգրավել ձեր խնամքն ապահովելու համար, հենց որ ձեր առողջական վիճակը և հանգամանքները թույլ տան:

Ի՞նչ անել, եթե շտապ բուժօգնություն չէր:

Երբեմն դժվար է պարզել, արդյոք ձեզ մոտ շտապ բուժօգնության վիճակ է: Օրինակ, դուք կարող եք դիմել շտապ օգնության ծառայություն՝ կարծելով, որ ձեր առողջությունը լուրջ վտանգի տակ է, և արդյունքում պարզվի, որ շտապ բուժօգնության իրավիճակ չկար: Եթե պարզվի, արտակարգ իրավիճակ չկա, բայց դուք ողջամտորեն կարծում էիք, որ ձեր առողջությանը լուրջ վտանգ է սպառնում, մենք կապահովագրենք ձեր խնամքը:

Այնուամենայնիվ, եթե բժիշկն ասի, որ արտակարգ իրավիճակ չկա, մենք կհատուցենք լրացուցիչ խնամքը *միայն* այն դեպքում, եթե դուք լրացուցիչ խնամք ստանաք այս 2 եղանակներից մեկով՝

- Դիմեք ցանցային մատակարարի՝ լրացուցիչ խնամք ստանալու համար:

Գլխիկ 3: Ինչպես օգտվել պլանից ձեր բժշկական և ապահովագրված այլ ծառայությունների համար

- Ստացված լրացուցիչ բուժխնամքը համարվում է «անհետաձգելի բուժօգնություն», իսկ դուք հետևում եք այս անհետաձգելի բուժխնամքը ստանալու կանոններին:

ԲԱԺԻՆ 3.2 Ինչպես բուժապասարկում ստանալ հրատապ բժշկական խնամքի կարիքի դեպքում

Այն բուժօգնությունը, որը պահանջում է բժիշկների անհապաղ օգնությունը (բայց արտակարգ իրավիճակ չէ) համարվում է շտապ անհրաժեշտ ծառայություն, եթե դուք ժամանակավորապես գտնվում եք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս, կամ եթե ձեր ժամանակի, վայրի և հանգամանքների պատճառով անհիմն է այս ծառայությունը ստանալ ցանցային մատակարարներից: Շտապ անհրաժեշտ ծառայությունների օրինակները անկանխատեսելի հիվանդությունները և վնասվածքներն են կամ գոյություն ունեցող հիվանդությունների անսպասելի սրացումները: Այնուամենայնիվ, բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ընթացիկ մատակարարների այցելությունները, ինչպիսիք են տարեկան ստուգումները, շտապ անհրաժեշտ չեն համարվում, նույնիսկ եթե դուք գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս կամ ծրագրի ցանցը ժամանակավորապես անհասանելի է:

Երբ ցանցային մատակարարները ժամանակավորապես անհասանելի են կամ անմատչելի, ապա անհետաձգելի բուժօգնություն կարելի է ստանալ յուրաքանչյուր հասանելի բժշկական խնամքի կենտրոնից: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Բուժօգնության խորհրդատվական գիծ՝ անգլերեն և իսպաներեն (888) 208-8809 անգլերեն և իսպաներեն խոսողների համար: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711:

Մեր պլանն ընդգրկում է համաժխարհային շտապ օգնության և անհետաձգելի բուժօգնության ծառայությունները Միացյալ Նահանգներից դուրս հետևյալ հանգամանքներում:

- Գոյություն ունի սահման \$50,000 համաժխարհային արտակարգ իրավիճակների ապահովագրության համար յուրաքանչյուր օրացուցային տարի օգտագործելու՝ շտապ օգնության փոխադրումների, անհետաձգելի բուժօգնության, շտապ օգնության և հետստաբիլիզացիոն խնամքի համար:
- Այս արտոնությունը սահմանափակվում է այն ծառայություններով, որոնք կդասակարգվեն որպես շտապ օգնություն կամ անհետաձգելի բուժօգնություն, եթե օգնությունը տրամադրվեր ԱՄՆ-ում:
- Եթե շտապ օգնություն եք ստանում ԱՄՆ-ից դուրս և ստացիոնար բուժապասարկման կարիք ունեք շտապ օգնություն պահանջող վիճակի կայունացումից հետո, ապա պետք է վերադառնաք ցանցային հիվանդանոց, որպեսզի ձեր բուժապասարկումը շարունակվի փոխհատուցվել ԿԱՄ պետք է ձեր ստացիոնար բուժապասարկումն ստանալ պլանի կողմից հաստատված արտացանցային հիվանդանոցում: Ձեր ծախսը կկազմի այն ամենաբարձր մասնաբաժինը, որը դուք կվճարեք ցանցային հիվանդանոցում: Կիրառվում է պլանի առավելագույն չափ:
- Դուք կարող եք ստիպված լինել վճարել ծառայությունների համար ձեր գրպանից և ներկայացնել փոխհատուցման պահանջ:
- Օտարերկրյա հարկերը և վճարները (այդ թվում տարադրամի փոխարկման համար վճարներով կամ գործարքի միջնորդավարներով) չեն փոխհատուցվում: Այլ երկրից ԱՄՆ վերադարձը չի փոխհատուցվում:
- Պլանային բուժապասարկումը և նախապես պլանավորված կամ ընտրովի բուժօգնությունները չեն փոխհատուցվում:

Եթե հարցեր ունեք ծառայությունների փոխհատուցելի լինելու մասին, դուք իրավունք ունեք մեզ հարցնել՝ արդյոք մենք կփոխհատուցենք դրանք նախքան ստանալը: Տեղեկատվությունը կարող եք ստանալ նաև գրավոր: Եթե մենք ասում ենք, որ չենք ապահովագրելու ծառայություն(ները), դուք իրավունք ունեք բողոքարկելու ձեր խնամքը չփոխհատուցելու մեր որոշումը:

ԲԱԺԻՆ 3.3 Ինչպես բուժապասարկում ստանալ աղետի դեպքում

Եթե ձեր նահանգի նահանգապետը, ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների բարտուղարը կամ Միացյալ Նահանգների նախագահը ձեր աշխարհագրական տարածքում հայտարարում են աղետի գոտի կամ արտակարգ իրավիճակ, այդ դեպքում ևս իրավունակ եք մեր պլանի կողմից բուժօգնություն ստանալ:

Գլուխ 3: Ինչպես օգտվել պլանից ձեր բժշկական և ապահովագրված այլ ծառայությունների համար

Այցելեք հետևյալ կայքը՝ centralhealthplan.com աղետի ժամանակ անհրաժեշտ բուժօգնություն ստանալու վերաբերյալ տեղեկությունների համար:

Եթե աղետի ժամանակ չեք կարող օգտվել ցանցային մատակարարից, ձեր պլանը բուժ և կտա ձեզ բուժօգնություն ստանալ ցանցից դուրս մատակարարներից՝ ցանցային ծախսերի բաշխմամբ: Եթե հայտարարված արտակարգ իրավիճակի ընթացքում չեք կարող օգտվել ցանցային դեղատան ծառայություններից, կարող եք դեղատոմսային դեղեր ձեռք բերել ցանցից դուրս դեղատանից: Տես Գլուխ 5, Բաժին 2.5:

ԲԱԺԻՆ 4 Ի՞նչ անել, եթե ձեզ ուղղակիորեն հաճիլ է ուղարկվում ձեզ մատուցված ծառայությունների ամբողջական արժեքի դիմաց:

Եթե դուք վճարել եք ձեր ապահովագրված ծառայությունների համար կամ եթե վճարել եք ձեր պլանի ծախսերի բաշխման վճարից ավելին փոխհատուցվող ծառայությունների համար կամ եթե հաճիլ է ստացել փոխհատուցվող բուժօգնությունների ամբողջ արժեքի համար, կարող եք դիմել մեզ, որպեսզի վճարե՞նք փոխհատուցվող ծառայությունների արժեքի մեր մասնաբաժինը: Տես Գլուխ 7-ը՝ հետագա գործողությունների մասին տեղեկություն ստանալու համար:

ԲԱԺԻՆ 4.1 Ինչ կլինի, եթե ծառայությունները չեն փոխհատուցվում մեր պլանի կողմից

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) պլանը հատուցում է բոլոր բժշկական առումով անհրաժեշտ ծառայությունները, ինչպես նշված է այս փաստաթղթի 4-րդ գլխի Բժշկական նպաստների աղյուսակում: Եթե դուք ստանում եք մեր պլանով չհատուցվող կամ արտացանցային ծառայություններ և չեք ստացել հաստատում, ապա պատասխանատու եք ծառայությունների ամբողջական արժեքը վճարելու համար:

Փոխհատուցվող ծառայությունների համար, որոնք ունեն նպաստի սահմանափակում, դուք նաև վճարում եք ծառայության ամբողջական արժեքը այդ տեսակի հատուցվող ծառայության համար ձեր արտոնության սահմանաչափը սպառելուց հետո:

ԲԱԺԻՆ 5 Բժշկական ծառայություններ կլինիկական հետազոտության մասնակցելիս

ԲԱԺԻՆ 5.1 Ինչ է Կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությունը

Կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրության (նաև կոչվում է *կլինիկական փորձարկում*) միջոցով բժիշկներն ու գիտնականները փորձարկում են բուժապաստիման նոր տեսակները, օրինակ՝ թե որքան լավ է գործում նոր բաղադրիչի դեղամիջոցը: Որոշակի կլինիկական հետազոտություններ հաստատվում են Medicare-ի կողմից: Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտության մեջ սովորաբար կամավորներ են ընդգրկվում: Երբ դուք մասնակցում եք կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը, կարող եք մնալ մեր ծրագրում ընդգրկված և շարունակել ստանալ ձեր խնամքի մնացած մասը (ուսումնասիրության հետ կապ չունեցող խնամքը) մեր պլանի միջոցով:

Եթե դուք մասնակցում եք Medicare-ի կողմից հաստատված ուսումնասիրությանը, Original Medicare-ը վճարում է ուսումնասիրության շրջանակներում ձեր ստացած փոխհատուցվող ծառայությունների ծախսերի մեծ մասը: Եթե դուք մեզ տեղեկացնե՞ք, որ մասնակցում եք որակավորված կլինիկական փորձարկմանը, ապա դուք պատասխանատու եք միայն այդ փորձարկման ծառայությունների ցանցային ծախսերի բաշխման ձեր մասնաբաժնի համար: Եթե դուք վճարել եք ավելին, օրինակ, եթե արդեն վճարել եք Original Medicare-ի ծախսերի բաշխման ձեր մասնաբաժնի գումարը, մենք կփոխհատուցենք ձեր վճարած գումարի և ներցանցային ծախսերի բաշխման միջև եղած տարբերությունը: Դուք պետք է տրամադրե՞ք փաստաթղթեր, որոնք ցույց կտան, թե որքան եք վճարել:

Եթե ցանկանում եք մասնակցել Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը, ձեզ հարկավոր չէ մեզ կամ ձեր PCP-ին տեղեկացնել կամ հաստատում ստանալ: Պարտադիր չէ, որ կլինիկական հետազոտության

Գլուխ 3: Ինչպես օգտվել պլանից ձեր բժշկական և ապահովագրված այլ ծառայությունների համար

ուսումնասիրության շրջանակներում խնամք տրամադրող մատակարարները լինեն մեր պլանի մատակարարների ցանցից: (Դա չի վերաբերում ապահովագրված նպաստների, որոնց գնահատման համար պահանջում են կլինիկական հետազոտություն կամ բուժառուների նույնականացման ցուցակ, ներառյալ՝ որոշակի նպաստներ, որոնք պահանջում են Հետազոտական ապացույցների հավաքագրմանը ծածկույթի [NCDs-CED] և Հետազոտական նոր սարքի թույլտվության [IDE] ուսումնասիրություններ: Այս նպաստները կարող են նույնպես պահանջել նախնական հաստատում և կարգավորվել ծրագրի այլ կանոններով):

Ձեռքով դուք կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը մասնակցելու համար մեր ծրագրի թույլտվությունը ստանալու կարիք չունեք, այնուամենայնիվ մենք խրախուսում ենք ձեզ նախապես տեղեկացնել մեզ, երբ որոշեք մասնակցել Medicare-ի կողմից արակալորված կլինիկական փորձարկումներին:

Եթե դուք մասնակցում եք այնպիսի հետազոտության, որը Medicare-ը չի հաստատել, դուք պատասխանատու կլինեք ձեր մասնակցության բոլոր ծախսերի համար:

ԲԱԺԻՆ 5.2 Առողջապահական ծառայությունների ապահովագրություն կլինիկական հետազոտության ընթացքում

Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը միանալուց հետո, Original Medicare-ը փոխհատուցում է հետազոտությանը ձեր մասնակցության հետ կապված գրեթե բոլոր ապրանքները և ծառայությունները, ներառյալ.

- հիվանդանոցում մնալու և սնվելու վճարը, որը Medicare-ը կհատուցեր, նույնիսկ եթե չմասնակցեիք հետազոտությանը,
- վիրահատություն կամ այլ բուժմիջամտություն, որը հետազոտության ուսումնասիրության մաս է,
- նոր բժշկական խնամքի հետ կապված ցանկացած կողմնակի ազդեցությունների և բարդությունների բուժումը:

Երբ Medicare-ը վճարի այս ծառայությունների արժեքի իր մասնաբաժինը, մեր պլանը կվճարի Original Medicare-ի ծախսերի և որպես մեր ծրագրի անդամ ձեր ներքանցային ծախսերի միջև տարբերությունը: Սա նշանակում է, որ դուք կվճարեք նույն գումարը հետազոտության շրջանակներում ստացած ծառայությունների համար, ինչ կվճարեիք, եթե ստանայիք այս ծառայությունները մեր ծրագրից: Այնուամենայնիվ, դուք պարտավոր եք ներկայացնել փաստաթղթեր, որոնք ցույց կտան, թե որքան է կազմել ծախսերի ձեր մասնաբաժինը, որ վճարել է: Վճարման պահանջագրեր ներկայացնելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս 7-րդ գլուխը:

Կլինիկական հետազոտության շրջանակներում ծախսերի բաշխման օրինակ. Ենթադրենք, որ դուք ունեք լաբորատոր թեստ, որն արժե \$100՝ որպես հետազոտության ուսումնասիրության մաս: Այս թեստի ծախսերի ձեր բաժինը կազմում է \$20՝ Original Medicare-ի շրջանակներում, բայց թեստը կկազմի \$10՝ մեր պլանի շրջանակներում: Այս դեպքում Original Medicare-ը կվճարի \$80, իսկ դուք կվճարեք \$20 համալրար՝ ըստ Original Medicare-ի պահանջների: Այնուհետև, դուք կտեղեկացնեք մեր պլանին, որ ստացել եք որակյալ կլինիկական փորձարկման ծառայություն, և մեր պլանին կներկայացնեք փաստաթղթեր (ինչպիսիք են մատակարարի հաշիվը): Այնուհետև մեր պլանը անմիջապես կվճարի ձեզ \$10: Ձեր գույք վճարումը կազմում է \$10, նույն գումարը, որը դուք կվճարեիք մեր պլանի նպաստների շրջանակներում:

Երբ դուք մասնակցում եք կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը, ո՛չ Medicare-ը, ո՛չ էլ մեր պլանը չեն վճարի հետևյալի համար.

- Ընդհանուր առմամբ, Medicare-ը չի վճարի հետազոտության ընթացքում նոր փորձարկվող որևէ դեղամիջոցի կամ ծառայության համար, եթե Medicare-ը չէր հատուցում այն, նույնիսկ եթե դուք չմասնակցեիք հետազոտությանը:
- Դեղամիջոցներ կամ ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են միայն տվյալներ հավաքելու համար և չեն օգտագործվում ձեր անմիջական առողջապահական խնամքի համար: Օրինակ, Medicare-ը չի վճարի հետազոտության ընթացքում ամենամսյա CT շերտագրության համար, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջում է միայն մեկ CT շերտագրություն:
- Հետազոտության հովանավորների կողմից անվճար տրամադրվող դեղամիջոցներ ու ծառայություններ փորձարկմանը մասնակցող յուրաքանչյուր մասնակցի համար:

Գլխիկ 3: Ինչպես օգտվել պլանից ձեր բժշկական և ապահովագրված այլ ծառայությունների համար

Ինացիր ավելին կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը միանալու մասին

Կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը մասնակցելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս *Medicare and Clinical Research Studies* Medicare-ի հրապարակումը հետևյալ հասցեով www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf: Կարող եմ նաև զանգահարել՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

ԲԱԺԻՆ 6 Կրոնական ոչ բժշկական հաստատությունում բուժօգնություն ստանալու կանոններ

ԲԱԺԻՆ 6.1 Կրոնական ոչ բժշկական բուժօրհանման հաստատություն

Կրոնական ոչ բժշկական բուժօրհանման հաստատությունը մի վայր է, որը տրամադրում է բուժօգնություն, որը սովորաբար կատարվում է հիվանդանոցում կամ որակավորված բուժօրհանման խնամքի հաստատությունում: Եթե բուժօգնություն ստանալը հիվանդանոցում կամ որակավորված բուժօրհանման խնամքի հաստատությունում հակասում է մասնակցի կրոնական դավանանքին, մենք փոխարենը կփոխհատուցենք կրոնական ոչ բժշկական խնամքի հաստատությունում ստացած բուժօգնությունը: Այս նպատակը տրամադրվում է միայն Մաս A-ի ստացիոնար ծառայությունների դեպքում (ոչ բժշկական առողջապահական ծառայություններ):

ԲԱԺԻՆ 6.2 Ինչպես բուժօգնություն ստանալ Կրոնական ոչ բժշկական հաստատությունում

Կրոնական ոչ բուժօրհանման հաստատությունում բուժօգնություն ստանալու համար պետք է ստորագրեք իրավական փաստաթուղթ, որում գրված է, որ գիտակցաբար հրաժարվում եմ ստանալ բուժում, որը **չի բացառվում**:

- **Զբացառված** բուժօգնությունը կամ բուժումը ցանկացած տեսակի բուժօգնություն կամ բուժում է, որը *կամավոր է* և *պարտադիր* չէ դաճելուն, նահանգային կամ տեղական որևէ օրենսդրությամբ:
- **Բացառված** բուժումը ցանկացած տեսակի բուժօգնություն կամ բուժում է, որը կամավոր *չէ* կամ *պարտադիր է* դաճելուն, նահանգային կամ տեղական օրենսդրությամբ:

Մեր պլանով կրոնական ոչ բուժօրհանման հաստատությունում ստացած բժշկական խնամքի դիմաց փոխհատուցում ստանալու համար այն պետք է համապատասխանի հետևյալ պայմաններին՝

- Բուժօրհանման տրամադրող հաստատությունը պետք է վավերացված լինի Medicare-ի կողմից:
- Մեր ծրագիրը փոխհատուցում է խնամքի հետ կապված միայն *ոչ կրոնական* հարցերը:
- Եթե ստանում եմ ծառայություններ, որոնք մատուցվում են բուժօրհանման հաստատությունում, ապա տեղի է ունենում հետևյալը՝
 - Ապահովագրված ծառայություններ ստանալու համար ձեր առողջական վիճակը պետք է լինի այնպիսին, որպեսզի թույլ տա ձեզ ստանալ ստացիոնար հիվանդանոցային բուժօգնություն կամ որակավորված բուժօրհանման հաստատության խնամք:
 - – *և* – Դուք պետք է նախապես ստանաք մեր ծրագրի հաստատումը, նախքան հաստատությունը ընդունվելը, հակառակ դեպքում ձեր կեցությունը չի հատուցվի:
 - — *և* – Medicare-ի ստացիոնար հիվանդանոցային ապահովագրության սահմանափակումներ կարող են կիրառվել (տե՛ս 4-րդ գլխի արտոնությունը):

Բացի այդ, դուք պետք է կապվեք սպասարկման ծառայության կամ ձեր նահանգի Medicaid գրասենյակի հետ (կոնտակտային տվյալները նվազ են Գլխիկ 2-ի Բաժին 6-ում)՝ Medicaid-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու և ձեր ապահովագրության բոլոր տարբերակները հասկանալու համար:

ԲԱԺԻՆ 7 Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորման սեփականության կանոններ

ԲԱԺԻՆ 7.1 Մեր պլանի շրջանակներում որոշակի վնասներ կատարելուց հետո դուք չեք դառնա երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումների սեփականատեր

Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումները (DME) ներառում են այնպիսի իրեր, ինչպիսիք են թրվածնային սարքավորումները և պարագաները, անվասայլակները, ֆայլակները, էլեկտրական ներքնակների համակարգերը, հենակները, դիաբետի համար նախատեսված պարագաները, խոսքի գեներատոր սարքերը, IV ներերակային ներարկման պամպերը, ներուլայզերները և տան օգտագործման համար մատակարարի կողմից պատվիրված հիվանդանոցային մահճակալները: Անդամը մշտապես հանդիսանում է որոշակի DME սարքավորումների սեփականատեր, ինչպես օրինակ՝ պրոթեզներ: Այլ տեսակի DME սարքավորումները պետք է վարձակալել:

Original Medicare-ի շրջանակներում մարդիկ, ովքեր վարձակալում են որոշակի տեսակի DME-ներ, 13 ամիս դրա համար համավնար վնասվելուց հետո կստանան սեփականության իրավունք: **Որպես Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ի անդամ, դուք սովորաբար չեք դառնում վարձակալված DME սարքավորման սեփականատեր, անկախ այն բանից, թե որքան համավնարներ կատարե՞ք տվյալ ապրանքի համար մեր ծրագրի անդամ եղած ժամանակ:** Դուք չեք դառնա սեփականատեր անգամ եթե կատարել էիք 12 հաջորդական վնասում DME սարքավորման համար Original Medicare-ի շրջանակներում նախքան մեր պլանին միանալը: Որոշ խիստ սահմանափակ հանգամանքներում մենք DME արտադրանքի սեփականության իրավունքը կփոխանցենք ձեզ: Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար՝ զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն:

Ի՞նչ է պատահում երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումների համար կատարված վնասումների հետ, եթե դուք անցում եք կատարում Original Medicare-ին:

Եթե դուք ձեռք չեք բերել DME արտադրանքի սեփականության իրավունք մեր ծրագրի անդամ հանդիսացած ժամանակ, դուք ստիպված կլինեք կատարել 13 նոր հաջորդական վնասում Original Medicare-ին անցնելուց հետո, որպեսզի ստանաք DME արտադրանքը: Վնասումները, որոնք կատարել եք մեր ծրագրին անդամակցելու ժամանակ, չեն հաշվարկվում այս 13 վնասումների մեջ:

Օրինակ 1՝ Դուք կատարել եք 12 կամ ավելի քան հաջորդական վնասումներ Original Medicare-ի ապրանքի համար, ապա միացել եք մեր ծրագրին: Original Medicare-ին ձեր կատարած վնասումները չեն հաշվվում: Դուք ստիպված կլինեք կատարել 13 վնասում մեր ծրագրին՝ նախքան սարքը ձեռք բերելը:

Օրինակ 2. Դուք կատարել եք 12 կամ ավելի քան հաջորդական վնասումներ Original Medicare-ի ապրանքի համար, ապա միացել եք մեր ծրագրին: Մեր պլանին անդամակցելու ժամանակ դուք չեք դարձել այս սարքի սեփականատեր: Ապա դուք հետ եք անցնում Original Medicare-ին: Դուք պետք է կատարեք նոր 13 հաջորդական վնասում արտադրանքը ձեռք բերելու համար, երբ կրկին միանաք Original Medicare-ին: Ցանկացած վնասում, որը կատարել էիք (լինի դա մեր պլանին թե Original Medicare-ին), չի հաշվվում:

ԲԱԺԻՆ 7.2 Թրվածնային սարքավորումների, պարագաների և սպասարկման կանոններ

Եթե դուք համապատասխանում եք Medicare-ի թրվածնային սարքավորման ծածկույթի պահանջներին, ապա Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP)-ը կներառի՝

- Թրվածնային սարքավորման վարձակալությունը
- Թրվածնի և թրվածնային բաղադրիչների մատակարարումը
- Խոլոլակները և հարակից թրվածնային պարագաները՝ թրվածնի և թրվածնային բաղադրիչների դեղատարարի համար
- Թրվածնային սարքավորումների սպասարկումը և վերանորոգումը:

Եթե դուք դուրս եք գալիս Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ից կամ այլևս բժշկական պատճառներով թրվածնային սարքավորման կարիք չունեք, ապա թրվածնային սարքավորումը պետք է վերադարձվի:

Ի՞նչ է պատահում, երբ դուք դուրս եք գալիս մեր ծրագրից և վերադառնում եք Original Medicare-ին:

Original Medicare-ը պահանջում է, որ թրվածնի մատակարարը ձեզ ծառայություններ մատուցի 5 տարի: Առաջին 36 ամիսների ընթացքում դուք վարձակալում եք սարքավորումը: Մնացած 24 ամիսների ընթացքում մատակարարը տրամադրում է սարքավորումը և դրա սպասարկումը (դուք դեռևս պատասխանատու եք թրվածնի համավեճի համար): 5 տարի անց դուք կարող եք ընտրել մնալ նույն ընկերությունում կամ տեղափոխվել մեկ այլ ընկերություն: Այսժամ 5-ամյա ցիկլը նորից սկսվում է, նույնիսկ եթե դուք մնում եք նույն ընկերությունում, որը ձեզնից պահանջում է համավեճեր կատարել առաջին 36 ամիսների ընթացքում: Եթե դուք միանում եք կամ հեռանում մեր ծրագրից, 5-ամյա ցիկլը նորից է սկսվում:

ԳԼՈՒԽ 4:

Բժշկական նպաստի աղյուսակ (ինչն է ապահովագրված, և ինչ է վճարում)

ԲԱԺԻՆ 1 Հասկանալ, թե որքան են կազմելու ձեր գրպանից վնասվող գումարները ձեր փոխհատուցվող ծառայությունների համար

Բժշկական նպաստի աղյուսակում նշված են ձեր ապահովագրական ծառայությունները, և թե որքան են վնասվելու յուրաքանչյուր ծառայության համար՝ որպես Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ի անդամ: Այս բաժինը նաև տեղեկություն է տրամադրում այն բժշկական ծառայությունների մասին, որոնք չեն փոխհատուցվում և բացատրում է որոշ ծառայությունների սահմանափակումները:

ԲԱԺԻՆ 1.1 Ձեր գրպանից կատարվող ծախսերի տեսակները, որոնք դուք հնարավոր է վնասեք փոխհատուցվող ծառայությունների համար

Ապահովագրված դեղերի համար անձնական հնարավոր ծախսերի տեսակները ներառում են՝

- **Համավճարը.** Փիխված գումարն է, որը դուք վճարում եք ամեն անգամ՝ որոշակի բժշկական ծառայություններ ստանալիս: Դուք համավճար եք կատարում բժշկական ծառայությունը ստանալու պահին: (Համավճարների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններին կարող եք ծանոթանալ Բժշկական նպաստի աղյուսակում):
- **Համապահովագրությունը.** որոշակի բժշկական ծառայությունների ընդհանուր արժեքի ձեր վնասված տոկոսն է: Դուք համապահովագրություն եք կատարում բժշկական ծառայությունը ստանալու պահին: (Համապահովագրության վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններին կարող եք ծանոթանալ Բժշկական նպաստի աղյուսակում):

ԲԱԺԻՆ 1.2 Որն^ո է առավելագույն գումարը, որը դուք կվճարեք Medicare Part A և Part B-ի ապահովագրված բուժօժանդությունների համար

Նշում. Խառնի առևելով, որ մեր անդամները նաև աջակցություն են ստանում Medicaid-ից, ժամ ֆիչ անդամներ են երբևէ հասնում անձնական ծախսերի առավելագույն սահմանաչափին: Դուք պատասխանատվություն չեք կրում ապահովագրված Մաս A-ի և Մաս B-ի ծառայությունների դիմաց սեփական գրպանից որևէ գումար վնասելու համար:

Քանի որ դուք ներառված եք Medicare Advantage պլանում, Medicare Part A և Medicare Part B-ով ապահովագրված բժշկական ծառայությունների համար գործում է ձեր գրպանից վնասվող տարեկան գումարի սահմանաչափ: Այս սահմանաչափը կոչվում է բժշկական ծառայությունների համար լրացուցիչ առավելագույն գումար (MOOP): **2026թ. օրացուցային տարվա համար MOOP չափը կազմում է \$9,250:**

Գումարները, որոնք դուք վճարում եք որպես համավճար համապահովագրության փոխհատուցվող ծառայությունների համար, ներառվում են գրպանից վնասվող առավելագույն գումարի մեջ: (Ձեր Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի համար կատարած վնասումները ներառված չեն սեփական լրացուցիչ առավելագույն գումարի մեջ: Բացի այդ, որոշ ծառայությունների համար վնասված գումարները չեն հաշվարկվում ձեր գրպանից վնասվող առավելագույն գումարի մեջ: Այս ծառայությունները Բժշկական նպաստի աղյուսակում նշված են աստղանիշով (*)): Եթե դուք հասնեք գրպանից վնասվող \$9,250 առավելագույն սահմանաչափին, ստիպված չեք լինի տարվա մնացած մասի ընթացքում փոխհատուցվող Մաս A-ի և Մաս B-ի ծառայությունների համար ձեր

գրպանից որևէ գումար վճարել: Այնուամենայնիվ, դուք պետք է շարունակեք վճարել ձեր Medicare Part B-ի ապահովագրվածքը (եթե ձեր Մաս B-ի ապահովագրվածքը ձեզ համար չի վճարվում Medicaid-ի կամ այլ երրորդ կողմի կողմից):

ԲԱԺԻՆ 2 Բժշկական նպաստի աղյուսակը ցույց է տալիս ձեր բժշկական նպաստների և արժեքների ցանկը

Հաջորդ էջերում գտնվող Բժշկական նպաստի աղյուսակում քվարկված են Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) -ի կողմից փոխհատուցվող ծառայությունները յուրաքանչյուր ծառայության համար ձեր ծախսերի գումարը: Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթը ներկայացված է Գլուխ 5-ում: Բժշկական նպաստի աղյուսակում քվարկված ծառայությունները հատուցվում են միայն այն դեպքում, երբ համապատասխանում են ապահովագրության հետևյալ պահանջներին.

- Ձեր Medicare փոխհատուցվող ծառայությունները պետք է տրամադրվեն համաձայն Medicare -ի կողմից սահմանված ապահովագրական ուղեցույցների:
- Ձեր ծառայությունները (այդ թվում՝ բուժսպասարկումը, ծառայությունները, պարագաները, սարքավորումները և Մաս B-ի դեղատոմսային դեղերը) պետք է բժշկական ցուցումներով պահանջված լինեն: Բժշկական ցուցումներով պահանջված նշանակում է, որ ծառայությունները, պարագաները կամ դեղը անհրաժեշտ են ձեր առողջական վիճակի կանխարգելման, ախտաբուժման կամ բուժման համար և համապատասխանում են բժշկական փորձի չափանիշներին:
- Նոր գրանցվողների համար ձեր MA համակարգված խնամքի պլանով պետք է ապահովվի առնվազն 90-օրյա անցումային ժամանակահատված, որի ընթացքում նոր MA պլանով չի կարող պահանջվել նախնական հաստատում բուժման որևէ ակտիվ կուրսի համար, նույնիսկ եթե բուժման կուրսը ցանցից դուրս մատակարարի մոտ մեկնարկված ծառայության համար է եղել:
- Դուք բուժօգնությունը ստանում եք ցանցային մատակարարից: Շատ դեպքերում ցանցից դուրս մատակարարից ստացած խնամքը չի ապահովագրվի, քանի դեռ անհետաձգելի կամ հրատապ խնամք չէ, կամ եթե ձեր պլանը կամ ցանցային մատակարարը ձեզ ուղեգիր չի տվել: Ինչը նշանակում է, որ պետք է ամբողջությամբ վճարեք մատակարարի տրամադրած արտացանցային ծառայությունների դիմաց:
- Դուք ունեք առաջնային բուժօգնության մատակարար (PCP), ով տրամադրում և վերահսկում է ձեր խնամքը: Նախքան պլանի ցանցային այլ մատակարարներին այցելելը շատ դեպքերում ձեր PCP-ն պետք է նախօրոք համաձայնություն (ուղեգիր) տա:
- Բժշկական նպաստի աղյուսակում քվարկված որոշ ծառայություններ ապահովագրվում են միայն այն դեպքում, եթե ձեր բժիշկը կամ այլ ցանցային մատակարար նախապես ստանա մեր կողմից հաստատում (երբեմն կոչվում է «նախնական հաստատում»): Նախնական հաստատում պահանջող փոխհատուցվող ծառայությունները Բժշկական նպաստի աղյուսակում նշված են **քավատառով**:

Մեր ապահովագրության մասին կարևոր այլ կետեր, որոնք պետք է իմանալ.

- Դուք ունեք Medicare-ի և Medicaid-ի ապահովագրություն: Medicare-ը հատուցում է բուժխնամքի և դեղատոմսային դեղերի համար: Medicaid-ը հատուցում է ձեր ծախսերի մասնաբաժինը Medicare ծառայությունների համար, այդ թվում՝ ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայությունների և ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայությունների համար: Medicaid-ը նաև հատուցում է Medicare-ի կողմից չհատուցվող ծառայությունների համար, ինչպես օրինակ՝ ընտանեկան պլանավորման ծառայությունների համար:
- Medicare-ի առողջապահական պլանների նման՝ մենք ապահովագրում ենք այն ամենը, ինչ ապահովագրում է Original Medicare-ը: (Եթե ցանկանում եք ավելի իմանալ Original Medicare ապահովագրության և ծախսերի մասին, վերանայեք ձեր Medicare & You 2026 թ. ձեռնարկը: Ընթերցեք այն առցանց՝ medicare.gov կայքում կամ ստացեք օրինակը՝ զանգահարելով 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով):

- Բոլոր կանխարգելիչ ծառայությունների համար, որոնք անվճար սկզբունքով ապահովագրվում են Original Medicare-ի շրջանակներում, մենք նաև անվճար ապահովագրում ենք ծառայությունը ձեզ համար:
- Եթե Medicare-ն ավելացնում է որևէ նոր ծառայության ապահովագրություն 2026թ.-ի ընթացքում, այդ ծառայությունները կհատուցվեն Medicare-ի կամ մեր պլանով:

Եթե իրավունակ եք Medicaid-ի ներքո Medicare-ի ծախսերի մասնաբաժնի աջակցության համար, դուք ոչինչ չեք վճարում նպաստի աղյուսակում թվարկված ծառայությունների համար, քանի դեռ համապատասխանում եք ապահովագրության վերը նկարագրված պահանջներին:

Դուք ապահովագրված եք և՛ Medicare-ի, և՛ Medicaid-ի կողմից: Բուժապասարկումը և դեղատոմսային դեղերը սովորաբար ապահովագրվում են Medicare-ի կողմից: Պլանի դեղաբանական տեղեկագրում նշված երկարաժամկետ խնամքը, համայնքային ծառայությունները և ապահովագրված առանց դեղատոմսի դեղերը սովորաբար ապահովագրվում են Medicaid-ի կողմից:

Նպաստների մասին կարևոր տեղեկություն որոշակի բրոնխի հիվանդություններ ունեցող անդամների համար:

Եթե ձեզ մոտ ախտորոշվել է ստորև նշված բրոնխի հիվանդություն(ները) կամ հիվանդություններից որևէ մեկը և համապատասխանում եք որոշակի չափանիշների, կարող եք իրավունակ լինել բրոնխի հիվանդների համար հատուկ լրացուցիչ նպաստների:

- Սրտանոթային խանգարումներ,
- Սրտի բրոնխի անբավարարություն,
- Դեմենցիա,
- Շաքարային դիաբետ,
- Թոքերի բրոնխի խանգարումներ,
- Երիկամների բրոնխի հիվանդություն (CKD),
- Քրոնիկ խանգարում ալկոհոլի օգտագործումից և խանգարումներ այլ հոգեմետ նյութերի օգտագործումից (SUDs),
- Քաղցկեղ,
- Աուտոիմուն խանգարումներ,
- Գերբառ, հարպակալում և մետաբոլիկ համախտանիշ,
- Քրոնիկ աղեստամոքսային տրակտի հիվանդություն,
- HIV/AIDS,
- Քրոնիկ և հաճախակի առաջացնող հոգեկան առողջության խնդիրներ,
- Նյարդաբանական խանգարումներ,
- Կարված,
- Օրգանների հետփոխպատաստումային շրջան,
- Իմունային անբավարարություն և իմունոսուպրեսիվ խանգարումներ,
- Կոգնիտիվ խանգարման հետ կապված վիճակներ,
- Ֆունկցիոնալ խնդիրներով պայմանավորված վիճակներ,
- Քրոնիկ առողջական վիճակներ, որոնք վատթարացնում են տեսողությունը, լսողությունը (լսություն), համի զգացողությունը, շոշափելիքը և հոտառությունը,
- Առողջական վիճակներ, որոնց դեպքում պահանջվում են շարունակական թերապևտիկ ծառայություններ մարդկանց մոտ ֆունկցիոնալությունը պահպանելու համար,
- Լուրջ հեմատոլոգիական խանգարումներ:

Տարեկան սկզբունքով մենք կվերանայենք ձեր իրավունակությունը՝ վստախ լինելու, որ որակավորվում եք նպաստի համար: Կարող եք պահանջվել նախնական հաստատում: Մենք կօգնենք ձեզ օգտվել այս նպաստներից: Կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն կամ ձեր բուժխնամքի համակարգողին՝ ձեր հայտը ներկայացնելու կամ հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:

Նշում՝ այս նպաստը ստանալու հայտ ներկայացնելով՝ դուք թույլատրում եք Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) ներկայացուցիչներին ձեր դիմումի մեջ հստակորեն նշված եղանակներով՝ հեռախոսագրագի, փոստի միջոցով կամ հաղորդակցման այլ եղանակներով կապ հաստատել ձեզ հետ:

- Հետագա մանրամասների համար վերանայեք ստորև Բժշկական նպաստի աղյուսակի **հատուկ լրացուցիչ նպաստներ ֆրոնթի հիվանդների համար** ստորը:
- Խնդրում ենք կապ հաստատել մեզ հետ՝ պարզելու, թե կոնկրետ որ նպաստների համար կարող եք իրավունակ լինել:



Այս խնձորը ներկայացնում է կանխարգելիչ ծառայությունները՝ Բժշկական նպաստի աղյուսակում:

Բժշկական նպաստի աղյուսակ

Ապահովագրված ծառայություններ.	Ինչ էֆ վճարում
-------------------------------	----------------



Որովայնի աորտայի անևրիզմայի սֆրինինգ

Մեկանգամյա սֆրինինգային ուլտրաձայնային հետազոտություն ռիսկային խմբի անձանց համար: Պլանը հասուցում է այս սկրինինգը միայն այն դեպքում, եթե ունեք որոշակի ռիսկային գործոններ և ուղեգիր ձեր բժշկից, բժշկի օգնականից, բուժույր-պրակտիկանտից կամ կլինիկայի բուժօւյր-մասնագետից:

Այս կանխարգելիչ սկրինինգի իրավասություն ունեցող մասնակիցների համար չկա համապատասխանություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար:

Ասեղնաբուժություն ֆրոնթի գոտկացավի համար

- Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են.
- 90 օրվա ընթացքում մինչև 12 այց ապահովագրված է Medicare շահառուների համար հետևյալ հանգամանքներում՝
- Այս նպաստի շրջանակում ֆրոնթի գոտկացավը սահմանվում է հետևյալ կերպ.
- 12 շաբաթ կամ ավել տևողությամբ,
 - ոչ սպեցիֆիկ, ֆանի որ չունի տարբերակվող համակարգային պատճառ (այն է՝ կապված չէ մետաստատիկ, բորբոքային, վարակիչ հիվանդության և այլնի հետ),
 - կապված չէ վիրահատության հետ և
 - կապված չէ հղիության հետ:

Medicare-ով ապահովագրված ասեղնաբուժության ծառայությունների համար համապատասխանություն կամ համավճար չկա:
Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Լրացուցիչ 8 սեանս կհատուցվի դրական դիմամիկայով բուժառուների համար:
Տարեկան հնարավոր է անցկացնել 20-ից ոչ ավել ասեղնաբուժության կուրս:
Բուժումը պետք է դադարեցվի, եթե բուժառուի մոտ դրական դիմամիկա չի նկատվում, կամ վիճակը վատթարանում է:

Մատակարարի պահանջներ՝

Բժիշկները (ինչպես սահմանված է Սոցիալական ապահովության մասին օրենքի [Օրենք] 1861[բ][1] կետում կարող են տրամադրել ասեղնաբուժության ծառայություն՝ համաձայն նահանգային համապատասխան պահանջների:
Բժշկի օգնականները (PA-ները), բուժօւյր պրակտիկանտները (NP-ները)/ կլինիկական բուժօւյր-մասնագետները (CNS-ները) (ինչպես նշված է Օրենքի

Ապահովագրված ծառայություններ. **Ինչ է վճարում**

Ասեղնաբուժություն քրոնիկ գոտկացավի համար (Շարունակություն)

1861[aa][5] կետում) և օժանդակ անձնակազմը կարող են տրամադրել ասեղնաբուժության ծառայություն, եթե նրանք համապատասխանում են նախնադրյալ բոլոր գործող պահանջներին և ունեն.

- Ասեղնաբուժության և արևելյան բժշկության հավատարմագրման հանձնաժողովի (ACAOM) կողմից հավատարմագրված ուսումնական հաստատությունից տրված ասեղնաբուժության կամ արևելյան բժշկության մագիստրանի կամ դոկտորի աստիճան,
- ներկայումս գործող, ամբողջական, ակտիվ և սահմանափակումներից զերծ արտոնագիր Միացյալ Նահանգների որևէ նահանգում, տարածքում կամ համայնքում (այսինքն՝ Puerto Rico) կամ District of Columbia-ում ասեղնաբուժությամբ զբաղվելու համար:

Ասեղնաբուժության ծառայություն տրամադրող օժանդակ անձնակազմը պետք է լինի բժշկի, PA-ի կամ NP/CNS-ի համապատասխան հսկողության ներքո, ինչպես պահանջվում է մեր 42 CFR §§ 410.26 և 410.27 կանոնակարգերով:

Ասեղնաբուժություն՝ պլանային այցեր*

Ասեղնաբուժության համար տարեկան անսահմանափակ այցեր:

Դուք վճարում եք \$0 համավճար
Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Շտապ օգնության մեքենայի ծառայություններ

Ապահովագրվող շտապ օգնության մեքենայի ծառայությունները, անկախ անհետաձգելի կամ ոչ անհետաձգելի լինելու հանգամանքից, ներառում են ինֆնաքիտի, ուղղաքիտի և սանիտարական շտապ օգնության մեքենայի ծառայություններ՝ մինչև խնամք տրամադրող մոտակա համապատասխան հաստատություն միայն այն դեպքում, եթե տրամադրվում են այն անդամին, որի առողջական վիճակն այնպիսին է՝ այլ փոխադրամիջոցի դեպքում անձի առողջությունը կվտանգվի, կամ եթե թույլատրվում է պլանով:

Եթե շտապ օգնության մեքենայի հատուցվող ծառայություններն անհետաձգելի իրավիճակի համար չեն, պետք է գրավի, որ անդամի վիճակն այնպիսին է՝ այլ փոխադրամիջոցի դեպքում անձի առողջությունը կվտանգվի, և որ շտապ օգնության մեքենայով տեղափոխումը բժշկական ցուցումներով պահանջված է:

Medicare-ով ապահովագրված շտապ օգնության մեքենայի ծառայությունների համար համապատասխանություն կամ համավճար չկա:

Նախնական հաստատում պահանջվում է միայն շտապ օգնության մեքենայով ոչ անհետաձգելի տեղափոխման համար:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ էֆ վճարում

Ամենամյա ֆիզիկական հետազոտություն (կրացուցիչ) *

Ամենամյա պլանային ֆիզիկական հետազոտությունն ապահովում է կրացուցիչ ֆիզիկական հետազոտության այնպիսի ծառայությունների ապահովագրություն, որոնք միայն կարող են մատուցվել բժշկի, բուժֆուլք պրակտիկանտի կամ բժշկի օգնականի կողմից: Սա հիանալի հնարավորություն է ուսուցողությունը կանխարգելման և սերինիզի վրա կենտրոնացնելու համար: Պլանային ֆիզիկական հետազոտության ժամանակ բուժող բժիշկը կանցկացնի հետազոտություն վիզուալ գննության, պալպացիայի, աուսկուլտացիայի և պերկուսիայի միջոցով՝ առաջական խնդիրները հայտնաբերելու համար: Նշվածներից վերջին երեքը ներառում են ֆիզիկական անմիջական շփում և անհրաժեշտ են ֆիզիկական խնդիրների առկայությունը (կամ բացակայությունը) որոշելու համար:

Այս ծառայությունների համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:


Կրացուցիչ ծառայությունների անհրաժեշտության դեպքում մատակարարը կողորոդի ձեզ մասնագետի մոտ կամ կտրամադրի նախնական հաստատում, եթե կարիքը լինի:

 **Առողջության ստուգման ամենամյա այց**

Եթե ունեք Մաս B-ն ավելի քան 12 ամիս, կարող եք ստանալ առողջության ստուգման ամենամյա այցի հնարավորություն՝ ձեր ներկայիս առողջության և ռիսկի գործոնների հիման վրա անհատականացված կանխարգելման պլան մշակելու կամ այն քարտեզացնելու համար: Սա հատուցվում է յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ անգամ:


Առողջության ստուգման ամենամյա այցի համար չկա համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար:

Նշում՝ առողջության ստուգման ամենամյա առաջին այցը չի կարող տեղի ունենալ ձեր **Welcome to Medicare** կանխարգելիչ այցի 12 ամիսների ընթացքում: Այնուամենայնիվ, պարտադիր չէ **Welcome to Medicare** այցը կատարած լինել, որպեսզի առողջության ստուգման ամենամյա այց ստանաք 12 ամիսների համար Մաս B-ն ունենալուց հետո:

 **Ոսկրային զանգվածի չափում**

Որակավորված անհատների համար (ընդհանուր առմամբ, սա նշանակում է ոսկրային զանգվածի կորստի կամ օստեոպորոզի ռիսկի ներքո գտնվող անձինք) հետևյալ ծառայությունները հատուցվում են յուրաքանչյուր 24 ամիսը մեկ կամ ավելի հաճախ, եթե բժշկական ցուցումներով պահանջված են՝ ոսկրային զանգվածը որոշելու, ոսկրային զանգվածի կորուստը հայտնաբերելու կամ ոսկրերի որակը որոշելու պրոցեսները, այդ թվում՝ բժշկի կողմից արդյունքների մեկնաբանություն:

Medicare-ով ապահովագրված ոսկրային զանգվածի չափման համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

 **Կրծագեղձի ֆաղցկեղի սֆրինինգ (մամոգրամաներ)**

- Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են՝
- Մեկ ելակետային մամոգրամա 35-ից 39 տարեկանում
 - Մեկ սկրինինգային մամոգրամա ֆիա յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ՝ 40 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի կանանց համար
 - Կրծագեղձի կլինիկական հետազոտություններ յուրաքանչյուր 24 ամիսը մեկ անգամ

Փոխհատուցվող սֆրինինգային մամոգրամաների համար չկա համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար:

Ապահովագրված ծառայություններ. **Ինչ էֆ վճարում**



Կրճագեղձի ֆաղցկեղի սֆրինինգ (մամոգրամներ) (Շարունակություն)

Սֆրինինգային մամոգրաֆիան կիրառվում է կրճագեղձի ֆաղցկեղի վաղ հայտնաբերման համար: Կրճագեղձի ֆաղցկեղի անամնեզի հաստատվելուց հետո, և քանի որ կրճագեղձի ֆաղցկեղի որևէ նշան կամ ախտանիշ չի վերացել, շարունակական մամոգրամները համարվում են ախտորոշիչ և ապահովագրվում են սույն աղյուսակի «Ամբուլատոր ախտորոշիչ հետազոտություններ և թերապևտիկ ծառայություններ ու պարագաներ» բաժնի ներքո: Սֆրինինգային մամոգրաֆիայի տարեկան նպաստը հասանելի չէ այն անդամների համար, ովքեր ունեն կրճագեղձի ֆաղցկեղի նշաններ կամ ախտանիշներ:

Կարդիո վերականգնողական ծառայություններ

Վարժություն, ուսուցում և խորհրդատվություն ներառող սրտի հիվանդության վերականգնողական ծառայությունների համապարփակ ծրագրերը ապահովագրվում են այն անդամների համար, ովքեր համապատասխանում են բժշկի ցուցման որոշակի պայմաններին: Պլանը նաև ապահովագրում է սրտի հիվանդության ինտենսիվ վերականգնողական ծրագրեր, որոնք սովորաբար ավելի ծանրաբեռնող կամ ավելի ինտենսիվ են, քան սրտի հիվանդության վերականգնողական ծրագրերը:

Այս ծառայությունների համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:



Սրտանոթային (սրտային) հիվանդության վտանգի նվազեցման այց (սրտանոթային հիվանդության բուժում)

Մենք ապահովագրում ենք ձեր առաջնային բուժօգնության բժշկի մոտ տարեկան մեկ այց՝ սրտանոթային հիվանդությունների վտանգը նվազեցնելու համար: Այդ այցի ընթացքում ձեր բժիշկը կարող է ֆեննարիլեդ ասպիրինի օգտագործումը (եթե համապատասխան է), չափել ձեր արյան ճնշումը և խորհուրդներ տալ առողջ սննդակարգ ունենալու համար:

Սրտանոթային հիվանդությունների ինտենսիվ վարժագծային թերապիայի կանխարգելիչ նպաստի համար չկա համապահովագրություն, համավճար կամ չնվազեցվող գումար:



Սրտանոթային հիվանդության ստուգում

Արյան անալիզներ սրտանոթային հիվանդությունների (կամ սրտանոթային հիվանդությունների բարձր վտանգի հետ կապված անոմալիաների) հայտնաբերման համար յուրաքանչյուր 5 տարին (60 ամիս) մեկ:

5 տարին մեկ փոխհատուցվող սրտանոթային հիվանդությունների հետազոտության համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում



Արգանդի վզիկի և հեռուցի ֆաղցկեղի սֆրինինգ

Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են՝

- Բուլոբ կանանց համար՝ Պապ թեստերը և կոնֆի հետազոտությունները ապահովագրվում են յուրաքանչյուր **24** ամիսը մեկ
- Եթե արգանդի վզիկի կամ հեռուցի ֆաղցկեղի բարձր վտանգի տակ է կամ ռեպրոդուկտիվ տարիքում է և վերջին **3** տարվա ընթացքում ունեցել է նորմալից դուրս Պապ թեստ՝ մեկ Պապ թեստ յուրաքանչյուր **12** ամիսը մեկ:

Medicare-ով ապահովագրված կանխարգելիչ Պապ և կոնֆի հետազոտությունների համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Քիրապրակտիկ ծառայություններ (Medicare-ով ապահովագրված)

Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են՝

- Մենս ապահովագրում ենք միայն ողնաշարի ձեռքով մանիպուլյացիան՝ ենթահոդախախտը շտկելու համար:

Medicare-ով ապահովագրված ֆիրապրակտիկ ծառայությունների համար համապահովագրություն կամ համավճար չկա:

Քրոնիկ ցավի կառավարման և բուժման ծառայություններ

Ամսական ապահովագրված ծառայություններ քրոնիկ ցավով ապրող մարդկանց համար (մետական կամ կրկնվող ցավ, որը սևում է ավելի քան **3** ամիս):

Ծառայությունները կարող են ներառել՝ ցավի գնահատում, դեղորայքային կառավարում, ինչպես նաև խնամքի համակարգում և պլանավորում:

Այս ծառայության ծախսերի բաժնունը կտարբերվի՝ կախված բուժման ընթացքում մատուցվող անհատական ծառայություններից:

Ապահովագրված ծառայություններ. **Ինչ էֆ վճարում**



Կոլոնեկտալ ֆաղցկեղի սֆրինինգ

Հետևյալ սֆրինինգային հետազոտությունները ապահովագրվում են.

- Կոլոնոսկոպիան չունի նվազագույն կամ առավելագույն տարիքային սահմանափակում և հատուցվում է յուրաքանչյուր 120 ամիսը (10 տարի) մեկ անգամ՝ ոչ բարձր վտանգի խմբում գտնվող բուժառուների համար, կամ նախորդ ճիշտ սիգմոիդոսկոպիայից 48 ամիս հետո կոլոնեկտալ ֆաղցկեղի բարձր վտանգի խմբում գտնվող բուժառուների համար, և յուրաքանչյուր 24 ամիսը մեկ անգամ՝ բարձր վտանգի խմբում գտնվող բուժառուների համար նախորդ սֆրինինգային կոլոնոսկոպիայից կամ բարիումային հոգնայից հետո:
- Համակարգչային տոնոգրաֆիկ կոլոնոգրաֆիա 45 տարեկան և բարձր ինվանդների համար, ովքեր չեն գտնվում հաստ աղիքի ֆաղցկեղի բարձր ռիսկի խմբում, և ապահովագրվում է, երբ վերջին սֆրինինգային համակարգչային տոնոգրաֆիկ կոլոնոգրաֆիայի կատարման ամսվանից անցել է առնվազն 59 ամիս կամ վերջին սկրինինգային ճիշտ սիգմոիդոսկոպիայի կամ սկրինինգային կոլոնոսկոպիայի կատարման ամսվանից անցել է 47 ամիս: Հաստ աղիքի ֆաղցկեղի բարձր ռիսկի խմբում գտնվող բուժառուների համար վճարումը կարող է կատարվել սկրինինգային համակարգչային տոնոգրաֆիայի կոլոնոգրաֆիայի համար, որը կատարվել է վերջին սկրինինգային համակարգչային տոնոգրաֆիայի կոլոնոգրաֆիայի կամ վերջին սկրինինգային կոլոնոսկոպիայից առնվազն 23 ամիս անց:
- Ճիշտ սիգմոիդոսկոպիա 45 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի բուժառուների համար: Յուրաքանչյուր 120 ամիսը մեկ ոչ բարձր վտանգի խմբում գտնվող բուժառուների համար՝ բուժառուի սկրինինգային կոլոնոսկոպիայից հետո: Յուրաքանչյուր 48 ամիսը մեկ բարձր վտանգի տակ գտնվող բուժառուների համար՝ վերջին ճիշտ սիգմոիդոսկոպիայից կամ բարիումային հոգնայից հետո:
- 45 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի բուժառուների համար կղանքի մեջ թափված արյան առկայության հետազոտության սֆրինինգ: Յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ:
- Կղանքի բազմաթիվաթիվային DNA թեստ 45-ից 85 տարեկան բուժառուների համար, որոնք չեն համապատասխանում բարձր վտանգի չափանիշներին: Յուրաքանչյուր 3 տարին մեկ անգամ:
- Արյան վրա հիմնված բլոմարկերների թեստեր 45-ից 85 տարեկան բուժառուների համար, որոնք չեն համապատասխանում բարձր վտանգի չափանիշներին: Յուրաքանչյուր 3 տարին մեկ անգամ:
- Կոլոնեկտալ ֆաղցկեղի սֆրինինգային թեստերը ներառում են հետագա սֆրինինգային կոլոնոսկոպիա, երբ Medicare-ով ապահովագրված ոչ ինվազիվ կղանքի վրա հիմնված կոլոնեկտալ ֆաղցկեղի սֆրինինգային թեստը դրական արդյունք է տալիս:

Medicare-ով ապահովագրված կոլոնեկտալ ֆաղցկեղի սֆրինինգի համար համապատասխանում, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Եթե ձեր բժիշկը կոլոնոսկոպիայի կամ ճիշտ սիգմոիդոսկոպիայի ժամանակ հայտնաբերում և հեռացնում է պոլիպ կամ այլ հյուսվածք, սֆրինինգային հետազոտությունը դառնում է ախտորոշիչ հետազոտություն:

Ապահովագրված ծառայություններ. **Ինչ է վճարում**



Կոլոնեկտալ ֆաղցկեղի սֆրինինգ (Շարունակություն)

- Հաստ աղիքի ֆաղցկեղի սֆրինինգային թեստերը ներառում են պլանավորված սկրինինգային ճկուն սիգմոիդոսկոպիա կամ սկրինինգային կոլոնոսկոպիա, որը ներառում է հյուսվածքի կամ այլ նյութի հեռացում կամ այլ ընթացակարգ՝ սկրինինգային թեստի հետ կապված, որպես դրա արդյունք և նույն կլինիկական հանդիպման ընթացքում տրամադրված:

Ատամնաբուժական ծառայություններ (Medicare-ով ապահովագրված)

Ընդհանուր առմամբ, կանխարգելիչ ատամնաբուժական ծառայությունները (օրինակ՝ մաքրումը, սովորական ատամնաբուժական հետազոտությունները և ատամնաբուժական ռենտգեն հետազոտությունները) չեն ապահովագրվում Original Medicare-ով:

Այնուամենայնիվ, ներկայումս Medicare-ը վճարում է ատամնաբուժական ծառայությունների համար սահմանափակ թվով դեպքերում, մասնավորապես, երբ այդ ծառայությունը շահառուի առաջնային առողջական վիճակի հատուկ բուժման անբաժանելի մաս է կազմում: Որոշ օրինակներ ներառում են՝ ծնոտի վերականգնումը կոտրվածքից կամ վնասվածքից հետո, ծնոտի ֆաղցկեղի ճառագայթային բուժման նախապատրաստման համար ատամի հեռացումը կամ երիկամի փոխպատվաստմանը նախորդող բերանի խոռոչի հետազոտությունը:

Այս ծառայությունների համար համապահովագրություն կամ համավճար չկա:



Ընկնախտի սֆրինինգ

Մենք ապահովագրում ենք դեպրեսիայի տարեկան մեկ սֆրինինգ: Սֆրինինգը պետք է կատարվի առաջնային խնամքի հաստատությունում, որտեղ կարելի է տրամադրել հետագա հետևողական բուժում և/կամ ուղեգրեր:

Դեպրեսիայի տարեկան սֆրինինգային այցի համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:



Շափարային դիաբետի սֆրինինգ

Մենք ապահովագրում ենք այս հետազոտությունը (ներառյալ արյան մեջ գլյուկոզային մակարդակի սրտեման անալիզներ սոված վիճակում), եթե ունեք նշված ռիսկային գործոններից որևէ մեկը, այն է՝ արյան բարձր ճնշում (հիպերտոնիա), խոլեստերինի և տրիգլիցերիդների նորմալից դուրս մակարդակների անամնեզ (դիսլիպիդեմիա), գիրություն կամ արյան մեջ շափարի բարձր մակարդակի (գլյուկոզա) անամնեզ: Հետազոտությունները կարող են նաև ապահովագրվել, եթե բավարարեք այլ պահանջներ, ինչպես օրինակ՝ ավելարդ ֆաշի և շափարային դիաբետի ընտանեկան անամնեզի դեպքում:

Medicare-ով ապահովագրված շափարային դիաբետի սֆրինինգի ստուգումների համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Կարող եք իրավունակ լինել շափարային դիաբետի՝ յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ մինչև 2 սֆրինինգի համար՝ շափարային դիաբետի ձեր ամենավերջին սֆրինինգային ստուգման օրվանից հետո:

Ապահովագրված ծառայություններ. **Ինչ էֆ վճարում**



Շաֆարային դիաբետի ինֆուզիոնային կառավարման ուսուցում, դիաբետիկ ծառայություններ և պարագաներ

Բոլոր այն անձանց համար, ովքեր ունեն շաֆարային դիաբետ (ինսուլին օգտագործողներ և չօգտագործողներ): Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են՝

- Շաֆարային դիաբետի որոշակի պարագաներ, այդ թվում՝ արյան մեջ գլյուկոզայի չափման միջոցները, սահմանափակվում են որոշակի ապրանքանիշերով և արտադրողներով: Շաֆարային դիաբետի նախընտրելի պարագաները **Trividia Health** ապրանքանիշերն են (**TrueMetrix**): Շաֆարային դիաբետի այս պարագաների ամենավերջին ցանկը հասանելի է մեր կայքում: Խնդրում ենք ծանոթանալ մեր պլանի դեղաբանական տեղեկատուին կամ զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:
- Արյան մեջ գլյուկոզայի չափիչ, արյան մեջ գլյուկոզայի ստուգման շերտեր, նետարիկային սարքեր և նետարիկներ և գլյուկոզան կարգավորող լուծույթներ՝ ստուգման շերտերի և չափիչների հեզբոտությունը ստուգելու համար:
 - Արյան մեջ գլյուկոզայի (շաֆարի) չափիչներ
 - Ապահովագրվում է, երբ ձեր բժիշկը նշանակում է տանը օգտագործելու համար:
 - Արյան մեջ գլյուկոզայի չափիչ սարքի նախընտրելի ապրանքանիշի համար նախնական հաստատում չի պահանջվում:
 - Արյան մեջ գլյուկոզայի (շաֆարի) ստուգման շերտեր,
 - Արյան մեջ գլյուկոզայի հետազոտության շերտերի նախընտրելի ապրանքանիշի համար նախնական հաստատում չի պահանջվում:
 - Կարող է սահմանափակվել ամեն համալրման համար **30** օրվա պաշարով:
 - Գլյուկոզան կարգավորող լուծույթներ՝ չափիչ շերտերի և չափիչ սարքերի հեզբոտությունը ստուգելու համար:
- Ուտերի ծանր դիաբետիկ հիվանդություն ունեցողների համար՝ ծածկույթը ներառում է մեկ գույգ անհատականացված պատվերով պատրաստված կոշիկ (ներառյալ դրանց հետ տրամադրվող ներդիրները) և **2** լրացուցիչ գույգ ներդիր կամ մեկ գույգ խորը կոշիկ և **3** գույգ ներդիր (բացառությամբ այդ կոշիկների հետ տրամադրվող չհարմարեցված հանովի ներդիրների): Ապահովագրությունը ներառում է հարմարեցում:
- Շաֆարային դիաբետի ինֆուզիոնային կառավարման ուսուցումը հատուցվում է որոշակի պարագաներում:
- **Medicare**-ով ապահովագրված դիաբետիկ ծառայությունները ներառում են.
 - Աչքի տարեկան հետազոտություն և գլյուկոզայի հետազոտություններ
 - Ուտարաթի հետազոտություններ
 - Բժշկական սնուցման թերապիայի ծառայություններ (**MNT**):

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Մենք հատուցում ենք շաֆարային դիաբետի պարագաները նախընտրելի արտադրողից՝ առանց նախնական հաստատման:

Պաշարները հատուցվում են, երբ ունեք դեղատոմս և դուրս եք գրում այն ցանցային մանրածախ դեղատոմսից կամ փոստային առաքման ծառայության դեղատոմսի ծրագրի միջոցով:

Դիաբետիկ ռեֆրեզիպիայի կամ գլյուկոզայի սֆրինիլիզի համար բժշկի ծառայությունների այս աղյուսակում տե՛ս «Տեսողության խնամք» բաժինը:

Շաֆարային դիաբետ ունենալու դեպքում ունեցողների հետազոտության համար բժշկի այցի անհրաժեշտության դեպքում այս աղյուսակում տե՛ս «Պոդիատրիկ ծառայություններ» բաժինը:

Շաֆարային դիաբետ ունենալու դեպքում սնուցման բժշկական թերապիայի ծառայությունների (**MNT**) անհրաժեշտության համար այս աղյուսակում տե՛ս «Սնուցման բժշկական թերապիա» բաժինը:

Նախնական հաստատում կարող է պահանջվել շաֆարային դիաբետի պարագաների, դիաբետիկ կոշիկների և ներդիրների համար:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ էֆ վճարում

Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME) և հարակից պարագաներ

(Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումների սահմանման համար տե՛ս այս փաստաթղթի Գլուխ 12 -ը, ինչպես նաև Գլուխ 3-ը):

Ապահովագրվող պարագաները ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով՝ շարժասայլակներ, հենակներ, օդային համակարգով ներքնակներ, դիաբետիկ պարագաներ, մատակարարից պատվիրված հիվանդանոցային մահակալներ տանը օգտագործելու համար, ներերակային ներարկման պոմպեր, խոսքի խթանման սարքեր, թրվածնային սարքավորումներ, ներուլայզերներ և ֆայլակներ:

Մենք հատուցում ենք Original Medicare-ով ապահովագրված բժշկական ցուցումներով պահանջված բոլոր DME-ները: Եթե ձեր տարածքում մեր մատակարարը չունի որոշակի ապրանքանիշ կամ արտադրող, կարող էֆ հարցնել նրանց՝ արդյո՞ք կարող են հատուկ պատվեր ընդունել ձեզ համար: Մատակարարների ամենավերջին ցանկը հասանելի է մեր կայքում նշված հղումով՝ centralhealthplan.com:

Շտապ օգնություն

Շտապ օգնություն նշանակում է ծառայություններ, որոնք.

- Տրամադրվում են անհետաձգելի իրավիճակում ծառայություններ մատուցելու որակավորում ունեցող մատակարարի կողմից, և
- Անհրաժեշտ են շտապ առողջական վիճակ գնահատելու կամ կայունացնելու համար:

Բժշկական տեսանկյունից անհետաձգելի իրավիճակը դա այն իրավիճակն է, երբ դուք կամ առողջապահության և բժշկության միջին գիտելիքներ ունեցող արևել ողջամիտ ոչ մասնագետ կարծում է, որ ունեք բժշկական ախտանիշներ, որոնք պահանջում են անհապաղ բժշկական օգնություն՝ կյանքի կորուստը (և, եթե դուք եղի կին էֆ, չծնված երեխայի կորուստը), վերջույթի կամ վերջույթի ֆունկցիայի կորուստը կամ մարմնի ֆունկցիայի կորուստը կամ լուրջ խնդրանք կանխելու համար: Բժշկական ախտանշանները կարող են լինել հիվանդություն, վնասվածք, սուր ցավ կամ առողջական վիճակ, որն արագ վատթարանում է:

Ցանցից դուրս տրամադրվող անհրաժեշտ շտապ օգնության ծառայությունների համար ծախսերի մասնաբաժինը նույնն է, ինչ ցանցում տրամադրվող նման ծառայությունների համար:

Միացյալ Նահանգների (ԱՄՆ) սահմաններից դուրս շտապ օգնությունը կարող է ապահովագրվել համընդհանուր ընդունելի շտապ օգնության ապահովագրության նպաստի ներքո: Մենք ամեն օրացուցային տարի առաջարկում ենք մինչև \$50,000 անհետաձգելի տեղափոխման, հրատապ բուժօգնության, շտապ օգնության և կայունացման հետագա խնամքի համար: Տե՛ս այս աղյուսակում «Համընդհանուր ընդունելի անհետաձգելի օգնության ապահովագրություն» բաժինը՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Այս ծառայությունների համար համապահովագրություն կան համավճար չկա:

Medicare-ով ծածկվող թրվածնային սարքավորումների ծածկույթի դեպքում ձեր համապահովագրության վճարը կազմում է \$0 ամսական:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Նախնական հաստատում չի պահանջվում նախընտրելի արտադրողի համար:

Այս ծառայությունների համար համապահովագրություն, համավճար կան չհատուցվող վճար չկա:

Եթե ստանում էֆ շտապ բուժօգնություն արտացանցային հիվանդանոցում և ձեր շտապ բուժօգնության խնդրի կայունացումից հետո ձեզ անհրաժեշտ է ստացիոնար բուժում, ապա պետք է վերադառնաք ցանցի հիվանդանոց, որպեսզի ձեր բուժումը շարունակվի փոխհատուցվել, ԿԱՄ պետք է ձեր ստացիոնար բուժումը ստանաք պլանի կողմից լիազորված արտացանցային հիվանդանոցում, և ծախսերի բաշխման ձեր մասնաբաժինը կլինի նույնը, ինչ կվճարեք ցանցային հիվանդանոցում:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում

Ֆիթնեսի նպաստ (Լրացուցիչ) *

Դուք ստանում եք ֆիթնես կենտրոնի անդամագրություն՝ ֆիթնես կենտրոններ հաճախելու համար: Եթե չեք կարողանում այցելել ֆիթնես կենտրոն կամ նախընտրում եք նաև մարզվել տանը, կարող եք ընտրել **Home Fitness** փաթեթ: Փաթեթը կօգնի ձեզ ակտիվություն պահպանել ձեր տան հարմարավետ պայմաններում: **Home Fitness** տարբերակները ներառում են ֆիթնես թրեքերի, ուժի կամ յոգայի փաթեթների ընտրություն:

Ֆիթնես կենտրոնում մարզվել ընտրելու դեպքում կարող եք կայքից ընտրել մասնակցության վայրը կամ կարող եք ուղղակիորեն գնալ համագործակցող ֆիթնես կենտրոն՝ սկսելու համար: Գտնվելու վայրից կախված՝ համագործակցող հաստատությունները և ֆիթնես ցանցերը կարող են տարբերվել և ենթակա են փոփոխման: Փաթեթները ենթակա են փոփոխման:

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:
Միշտ խոսեք ձեր բժշկի հետ՝ նախքան ձեր մարզվելու ռեժիմը սկսելը կամ փոխելը:

 **Առողջության և բարեկեցության ուսուցողական ծրագրեր ***

Առողջության կառավարման ծրագրեր

Մենք ունենք ծրագրեր, որոնք հասանելի են ակտիվացված առողջական վիճակը կարգավորելու հարցում ձեզ օգնելու համար: Ծրագրերը ներառում են.

- Ասթմայի կառավարում:
- Դեպրեսիայի կառավարում:
- Շաճաբային դիաբետի կառավարում:
- Արյան բարձր ճնշման կառավարում:
- Սրտանոթային հիվանդությունների (CVD) կառավարում:
- Քրոնիկ օբստրուկտիվ բրոնխիտ հիվանդության (COPD) կառավարում:
- Հղիության ծրագիր:

Այս ծառայությունների համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Հասանելի են ուսումնական նյութեր և խնամքի խորհուրդներ: Մենք կարող ենք նաև օգնել ձեզ համագործակցել ձեր մատակարարի հետ:

Առողջության կառավարման ծրագրերին գրանցում՝

- Դուք ավտոմատ կերպով գրանցվում եք այն ծրագրի(երի)ն, որը լավագույնս համապատասխանում է ձեր կարիքներին՝ ըստ բժշկական կամ դեղատնային պահանջների սվյալների:
- Կարող եք նաև գրանցվել ձեր մատակարարի միջոցով կամ դիմել ինքնուրույն:

Կան որոշակի պահանջներ, որոնց պետք է համապատասխանեք գրանցվելու համար:

Առողջության կառավարման ծրագրերից հեռացում՝

- Այս ծրագրերը կամավոր սկզբունքով են, և կարող եք ցանկացած պահի ընտրել ծրագրից ձեր հեռացումը:

Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ վերը նշված ծրագրերից որևէ մեկին գրանցվելու համար՝ զանգահարեք մեր Առողջության կառավարման բաժին (866) 891-2320

Ապահովագրված ծառայություններ.

Ինչ է վճարում



**Առողջության և բարեկեցության ուսուցողական ծրագրեր *
(Շարունակություն)**

(TTY՝ 711), երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին՝ 6 a.m. - 6 p.m. (Pacific ստանդարտ ժամանակ):

Առողջության խթանման ծրագրեր

Հասանելի են նաև ձեր առողջությունն ու ապրելակերպը բարելավելու համար նախատեսված այլ ծրագրեր, ինչպես օրինակ՝

- Քաշը վերահսկելու ծրագիր:

Բացի վերահսկելու վերաբերյալ տեղեկությունների և/կամ նյութերի համար գանգահարե՛ք՝ (866) 472-9483 (TTY/TDD՝ 711), երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին՝ 6 a.m. - 6 p.m. (Pacific ստանդարտ ժամանակ):

Բուժօրերի խորհրդատվության հեռախոսագիծ

Եթե ունե՛ք առողջական անհապաղ մտահոգություն, առողջական վիճակի վերաբերյալ հարցեր կամ ցանկանում է՛ք ստանալ ընդհանուր տեղեկություններ հասանելի առողջապահական ռեսուրսների մասին, բուժօրերի խորհրդատվական հեռախոսագիծը հասանելի է 24/7 գրաֆիկով:

Բուժքոչ խորհրդատվական հեռախոսագծի միջազգային գանգն անվճար է.

անգլերեն և իսպաներեն (888) 208-8809, TTY՝ 711

Գրանցված բուժօրյա կոգնի ձեզ որոշել՝ արդյո՞ք կարո՞ղ է՛ք կառավարել ձեր խնամքը սանը կամ բժշկական մասնագետի ուշադրության կարի՛ք ունե՛ք:

Զանգահարե՛ք ցանկացած ժամանակ՝ ցերեկը կամ գիշերը, հիվանդությունների կամ վնասվածքների մասին գրանցված բուժքոչ հետ խոսելու համար:

- Ուղեգիր կամ նախնական հաստատում չի պահանջվում:

Այս ծառայությունը նախատեսված չէ անհետաձգելի իրավիճակների համար:

Անհետաձգելի իրավիճակների դեպքում անմիջապես գանգահարե՛ք 911 համարին:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ էֆ վճարում

Լսողության հետ կապված ծառայություններ

Ձեր մատակարարի կողմից բժշկական բուժման անհրաժեշտությունը որոշելու լսողության և հավասարակշռության փոփոխության գնահատումները ապահովագրվում են որպես ամբուլատոր խնամք, երբ տրամադրվում են բժշկի, աուդիոլոգի կամ որակավորված այլ մատակարարի կողմից:

Medicare-ով ապահովագրված լսողության և հավասարակշռության փոփոխության հետազոտություններն օգնում են որոշել ձեզ համար բժշկական բուժման կարիքի անհրաժեշտությունը:

Հետազոտությունը հիմնված է միայն բժշկական կարիքների վրա, ինչպես օրինակ՝ հիվանդության, վնասվածքի կամ վիրահատության պատճառով լսողության կորստի վրա:

Այս ծառայությունների համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Լսողության հետ կապված ծառայություններ (Լրացուցիչ)*

Բացի Medicare-ով ապահովագրված լսողության ծառայություններից, կարող էֆ լսողության պլանային ստուգում անցնել յուրաքանչյուր օրացուցային տարին մեկ անգամ: Լսողության պլանային ստուգումից հետո կարող են տեղադրել լսողական սարք:


Այս ծառայությունների համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Ձեզ մոտ գտնվող լսողության ցանցային մատակարար գտնելու համար կարող էֆ.

1. Զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայության մեր սպասարկման բաժին կամ
2. Որոնել առցանց՝ օգտվելով մեր լսողության լրացուցիչ մատակարարի առցանց որոնման գործիքից՝ MolinaHealthcare.com/Medicare:

Լսողական սարքերի տեղադրումը/գնահատումը կարող է կատարվել օրացուցային տարին մեկ անգամ:

Եթե ձեզ ասեն, որ անհրաժեշտ է լսողական սարք, կարող էֆ պլանի կողմից հաստատված մատակարարից ձեռք բերել նախապես ընտրված մինչև 2 լսողական երկու ակնջնների համար յուրաքանչյուր 2 տարին մեկ:

 **HIV-ի սֆրինինգ**

HIV-ի սֆրինինգային թեստ անցնելու համար դիմող կամ HIV վարակի բարձր վտանգի խմբում գտնվող մարդկանց համար՝ մենք հատուցում ենք.

- Մեկ սֆրինինգային հետազոտություն յուրաքանչյուր 12 ամիս

Եթե հղի էֆ, մենք փոխհատուցում ենք՝

- Հղիության ընթացքում մինչև 3 սֆրինինգային հետազոտությունը:

Medicare-ով ապահովագրված HIV-ի կանխարգելիչ սֆրինինգի համար իրավունակ մասնակիցների համար չկա համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում

Տնային բուժսպասարկման ընկերության կողմից խնամք

Տնային բուժսպասարկման ծառայություններ ստանալուց առաջ բժիշկը պետք է հաստատի, որ ձեզ անհրաժեշտ են Տնային բուժսպասարկման ծառայություններ, և կցուցի, որ Տնային բուժսպասարկման ծառայություններ տրամադրվեն Տնային բուժսպասարկում ընկերության կողմից: Դուք պետք է տնից դուրս գալու կարողություն չունենաք, այսինքն՝ տնից դուրս գալու համար ձեզնից մեծ ջանքեր են պահանջվում:

Փոխհատուցվող ծառայությունները կարող են ներառել, սակայն չսահմանափակվել հետևյալով.

- Մասնակի կամ ընդհատվող հմուտ բուժօգնական խնամք և տնային բուժօգնականի ծառայություններ (ծածկույթը կիրառելի է, եթե այս ծառայությունները միասին կազմում են օրական մինչև 8 ժամ և շաբաթական մինչև 35 ժամ)
- Ֆիզիոթերապիա, էրգոթերապիա և խոսքի թերապիա
- Բժշկական ու սոցիալական ծառայություններ
- Բժշկական սարքավորումներ և պարագաներ:

Այս ծառայությունների համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Տնային պայմաններում ներարկման թերապիա

Տնային պայմաններում ներարկման թերապիան ներառում է դեղերի կամ կենսաբանական միջոցների ներերակային կամ ենթամաշկային կիրառում անհատի տանը: Տնային պայմաններում ներարկում իրականացնելու համար անհրաժեշտ բաղադրիչները ներառում են դեղամիջոցը (օրինակ՝ հակավիրուսային միջոցներ, իմունոգլոբուլին), սարքավորումը (օրինակ՝ պոմպ) և պարագաները (օրինակ՝ խողովակ և կաթետր): Փոխհատուցվող ծառայությունները կարող են ներառել, սակայն չսահմանափակվել հետևյալով.

- Մասնագիտական ծառայություններ, այդ թվում՝ խնամքի պլանին համապատասխան տրամադրվող բուժօգնական ծառայություններ
- Բուժառուի վերապատրաստում և ուսուցում, որոնք այլ կերպ չեն ապահովագրվում երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումների շրջանակում
- Հեռակառավարվող մոնիթորինգ
- Մոնիթորինգի ծառայություններ Տնային պայմաններում ներարկման թերապիայի և ներարկման դեղերի տրամադրման համար, որոնք տրամադրվում են Տնային պայմաններում ներարկման թերապիայի որակավորված մատակարարի կողմից:

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Հոսպիտալին խնամք

Դուք իրավունակ եք հոսպիտալին նպաստի համար, երբ ձեր բժիշկը և հոսպիտալ բժշկական տնօրենը տվել են անբուժելի կանխատեսում՝ հավաստելով, որ անբուժելի հիվանդ եք և ունեք ապրելու 6 ամիս կամ ավելի քիչ, եթե ձեր հիվանդությունն իր բնականոն ընթացքն ունենա: Դուք կարող եք ստանալ խնամք Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսպիտալին ծրագրից: Մեր պլանը պարտավոր է օգնել ձեզ գտնել

Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսպիտալին ծրագրին գրանցվելիս անբուժելի հիվանդության կանխատեսման հետ կապված ձեր հոսպիտալին

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ էֆ վճարում

Հոսփիսային խնամք (ժարունակություն)

Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսպիս ծրագրեր պլանի սպասարկման տարածքում, ներառյալ՝ մեր կողմից կառավարվող, վերահսկվող կամ ֆինանսական շահի առկայությամբ ծրագրերի: Ձեր հոսպիսային բժիշկը կարող է լինել ցանցային մատակարար կամ ցանցից դուրս մատակարար:

Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են՝

- Ախտահիշերի վերահսկման և ցավագրկման դեղեր
- Կարճաժամկետ հանգստի խնամք
- Տնային բուժսպասարկում:

Հոսփիս ընդունվելիս իրավունք ունեք մնալ ձեր պլանում: Եթե որոշում էք մնալ ձեր պլանում, ապա պետք է շարունակեք վճարել պլանի ապահովագրավորները:

Հոսպիսային ծառայությունների և Medicare Part A-ով կամ B-ով ապահովագրված և անբուժելի կանխատեսմանն առնչվող ծառայությունների համար. Original Medicare-ը (այլ ոչ թե մեր պլանը) վճարում է ձեր հոսփիսային մատակարարին հոսփիսային ծառայությունների և անբուժելի կանխատեսման հետ կապված Մաս A և Մաս B-ի ցանկացած ծառայության համար: Քանի դեռ հոսպիսային ծրագրում էք, ձեր հոսպիսային մատակարարը հաշիվ կադարկի Original Medicare-ին այն ծառայությունների համար, որոնց դիմաց Original Medicare-ը վճարում է: Ձեզից կգանձեն Original Medicare-ի ծախսերի մասնաբաժնի համար:

Medicare Part A-ով կամ Part B-ով ապահովագրված և անբուժելի կանխատեսմանը չվերաբերվող ծառայությունների համար. Եթե ձեզ անհրաժեշտ են Medicare Part A-ի կամ B-ի շրջանակում ապահովագրված և անբուժելի կանխատեսմանը չվերաբերող ոչ անհետաձգելի, ոչ շտապ անհրաժեշտ ծառայություններ, այս ծառայությունների ձեր ծախսը կախված է այն հանգամանքից, թե արդյո՞ք օգտվում էք մեր պլանի ցանցային մատակարարի ծառայությունից և հետևում էք պլանի կանոններին (օրինակ՝ եթե կա նախնական հաստատում ստանալու պահանջ):

- Եթե փոխհատուցվող ծառայությունները ստանում էք ցանցային մատակարարից և հետևում էք ծառայության ստանալու պլանի կանոններին, վճարում էք միայն պլանի ծախսերի մասնաբաժնի գումարը ցանցային ծառայությունների համար:
- Եթե ստանում էք փոխհատուցվող ծառայությունները ցանցից դուրս մատակարարից, վճարում էք ծախսերի մասնաբաժինը՝ վճար՝ ծառայության դիմաց Original Medicare-ի շրջանակում:

Այն ծառայությունների համար, որոնք ապահովագրված են Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) պլանով, սակայն ապահովագրված չեն Medicare Part A-ով կամ B-ով՝ Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) կարողանալի հատուցել պլանով փոխհատուցվող ծառայությունների համար, որոնք ապահովագրված չեն Մաս A-ի կամ B-ի շրջանակում՝ անկախ ձեր անբուժելի հիվանդության կանխատեսման հետ կապված

ծառայությունները և Մաս A-ի ու Մաս B-ի ծառայությունները վճարվում են Original Medicare-ի կողմից, ոչ թե Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ի կողմից:

Մեր պլանը հատուցում է հոսպիսային խորհրդատվության ծառայությունները (մեկ անգամ միայն) անբուժելի հիվանդ անձի համար, ով չի ընտրել հոսպիսային նպաստ: Այս նպաստի իրավասություն ունեցող մասնակիցների համար չկա համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում

Հոսպիտալին խնամք (Շարունակություն)

լինելու կամ չլինելու հանգամանքից: Դուք կվճարեք ձեր պլանի ծախսերի մասնաբաժնի գումարը այդ ծառայությունների համար:

Այն դեղերի համար, որոնք կարող են հատուցվել պլանի Մաս D-ի նպաստով. Եթե այդ դեղերը կապված չեն ձեր անբուժելի հոսպիտալին վիճակի հետ, վճարում է ծախսերի մասնաբաժին: Եթե այդ դեղերը կապված են ձեր անբուժելի հոսպիտալին վիճակի հետ, վճարում է Original Medicare պլանի ծախսերի մասնաբաժին: Դեղերը երբեք չեն հատուցվում միաժամանակ հոսպիտալի և մեր պլանի կողմից: Մանրամասների համար տե՛ս Գլուխ 5-ի 9.4-րդ բաժինը:

Նշում՝ Եթե ձեզ անհրաժեշտ է ոչ հոսպիտալին խնամք (խնամք, որը կապված չէ ձեր անբուժելի կանխատեսման հետ), պետք է մեզ հետ կապ հաստատե՛ք՝ ծառայությունները կազմակերպելու համար:

Մեր պլանը հատուցում է հոսպիտալին խորհրդատվության ծառայությունները (մեկ անգամ միայն) անբուժելի հիվանդ անձի համար, ով չի ընտրել հոսպիտալին նպաստ:

 **Պատվաստումներ**

Medicare Part B-ով ապահովագրված ծառայությունները ներառում են.

- Թոքաբորբի դեմ պատվաստանյութեր
- Գրիպի/ինֆլուենցայի դեմ պատվաստումներ (պատվաստանյութեր), գրիպի յուրաքանչյուր սեզոնի՝ աշնան և ձմռան ընթացքում մեկ անգամ, բժշկական ցուցումներով պահանջված դեպքում՝ գրիպի լրացուցիչ պատվաստումներ (պատվաստանյութեր)
- Հեպատիտ Բ-ի դեմ պատվաստումներ, եթե հեպատիտ Բ-ի բարձր կամ միջին վտանգի խմբում եք
- COVID-19-ի պատվաստանյութեր
- Այլ պատվաստանյութեր, եթե վտանգի խմբում եք, և համապատասխանում են Medicare Part B-ի ապահովագրության կանոններին:

Մենք նաև ապահովագրում ենք մեծահասակների համար նախատեսված մյուս պատվաստանյութերի մեծ մասը մեր մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի նպաստի օրջանակում: Ավելին իմանալու համար տե՛ս Գլուխ 6-ի Բաժին 8:

Թոքաբորբի, գրիպի/ինֆլուենցայի, հեպատիտ B-ի և COVID-19-ի պատվաստանյութերի համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Ապահովագրված ծառայություններ.	Ինչ է վճարում
-------------------------------	---------------

Ստացիոնար հիվանդանոցային բուժօգնություն

Ներառում է ստացիոնար սուր, ստացիոնար վերականգնողական, երկարաժամկետ խնամքի հիվանդանոցներ և այլ տեսակի ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններ: Ստացիոնար հիվանդանոցային բուժօգնությունն սկսվում է այն օրը, երբ դուք պաշտոնապես ընդունվում եք հիվանդանոց՝ բժշկի ցուցումով: Դուրսգրման նախորդ օրը համարվում է ձեր վերջին ստացիոնար օրը:

Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով.

- Երկտեղանոց հիվանդասենյակ (կամ առանձին սենյակ, եթե բժշկական ցուցումներով պահանջված է)
- Ճաշեր, ներառյալ հատուկ սննդակարգեր
- Կանոնավոր բուժֆուլյրական ծառայություններ
- Հատուկ խնամքի բաժինների ծախսերը (ինչպես օրինակ՝ ինտենսիվ խնամք կամ սրտանոթային խնամքի բաժինները)
- Դեղեր և դեղամիջոցներ
- Լաբորատոր հետազոտություններ
- Ռենտգեն և հառազայթաբանական այլ ծառայություններ
- Անհրաժեշտ վիրաբուժական և բժշկական պարագաներ
- Սարքավորումների, ինչպես օրինակ՝ անվասայլակների օգտագործում
- Օպերացիոն և վերականգնողական սենյակի ծախսեր
- Ֆիզիկական, աշխատանքային և խոսքի թերապիա
- Թմրամիջոցների չարաճահման ստացիոնար ծառայություններ

Դուք վճարում եք \$0 հիվանդանոցում մնալու 1 - 90 օրերի համար՝ յուրաքանչյուր նպաստի ժամանակահատվածի համար:

Մեր պլանը նաև ներառում է 60 «կյանքի ընթացքում պահուստային օր»: Սրանք «լրացուցիչ» օրեր են, որոնք մենք ապահովագրում ենք: Եթե ձեր հիվանդանոցում մնալը մեկ նպաստի ժամանակահատվածից 90 օրից ավել է, կարող եք օգտագործել այդ լրացուցիչ օրերը: Սակայն, երբ սպառեք այդ լրացուցիչ 60 օրերը, ձեր ստացիոնար հիվանդանոցային ապահովագրությունը կսահմանափակվի մեկ նպաստի ժամանակահատվածի 90 օրով:

Եթե ձեր անհետաձգելի վիճակը կայունանալուց հետո ստանաք հաստատված ստացիոնար խնամք արտացանցային հիվանդանոցում, ձեր ծախսը կլինի ցանցային

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում

Ստացիոնար հիվանդանոցային բուժօգնություն (Շարունակություն)

- Որոշ դեպքերում փոխադաստման հետևյալ տեսակները՝ եղջերաթաղանթ, երիկամ, երիկամ/ենթաստամոքսային գեղձ, սիրտ, լյարդ, թոփ, սիրտ/թոփ, ոսկրածուծ, ցողունային բջիջ և աղիքային/մուշտիկիսցերալ, ապահովագրվում են: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է փոխադաստում, մենք կկազմակերպենք ձեր գործի վերանայումը **Medicare**-ի կողմից հաստատված փոխադաստման կենտրոնում, որտեղ կորոշվի փոխադաստման համար ձեր թեկնածությունը:
Փոխադաստման մատակարարները կարող են լինել սպասարկման տարածքում կամ այդ տարածքից դուրս: Եթե մեր ցանցային փոխադաստման ծառայությունները համայնքային խնամքի շրջանակից դուրս են, կարող եք ընտրել տեղական ծառայություններ, եթե տեղական փոխադաստման մատակարարները պատրաստ են ընդունել **Original Medicare** գինը: Եթե **Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)** պլանը փոխադաստման ծառայություններ է մատուցում ձեր համայնքի փոխադաստման խնամքի շրջանակից դուրս վայրում, և դուք ընտրում եք ստանալ փոխադաստում այդ հեռու վայրում, մենք կկազմակերպենք կամ կվճարենք ձեզ և ձեր ուղեկցի համար համապատասխան կացարանի և տեղափոխման ծախսերը: **Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)** կտրամադրի կացարանի և սննդի ծախսերը, երբ գտնվում եք հեռու վայրում փոխադաստման հետ կապված բուժսպասարկման համար՝ օրական առավելագույնը մինչև **\$150** սահմանաչափով: Բացի այդ, հնարավոր է պահանջել անցած մղոնների փոխհատուցում այն չափով, որը համարժեք է ներքին եկամուտների ծառայության (IRS) կողմից սահմանված հարկ վճարողների ստանդարտ դրույթաչափերին, որոնք հեզբովում և հրապարակվում են հանրային տիրույթում: Բոլոր ֆանապարհորդությունների, կացարանի, սննդի և անցած մղոնների փոխհատուցման համար վճարվող առավելագույն գումարը կազմում է հինգ հազար դոլար (**\$5,000**) մեկ փոխադաստման համար՝ համաձայն պլանի ուղեցույցների:
- Արյուն, ներառյալ՝ պահեստավորում և կառավարում: Ամբողջական արյան և խոսքված կարմիր բջիջների փոխհատուցումը սկսվում է այն պահից, երբ ձեզ անհրաժեշտ է առաջին պինտ արյունը: Արյան մյուս բոլոր բաղադրիչները հատուցվում են՝ սկսած օգտագործած առաջին պինտից:
- Բժշկի ծառայություններ:

հիվանդանոցում վճարվելիք ծախսի մասնաբաժինը:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Նշում՝ ստացիոնար հիվանդ լինելու համար ձեր մատակարարը պետք է ցուցում գրի ձեզ՝ հիվանդանոցում որպես ստացիոնար հիվանդ պաշտոնապես ընդունելու համար: Նույնիսկ եթե գիշերը մնաք հիվանդանոցում, դեռ կարող եք համարվել ամբուլատոր բուժառու: Եթե վստահ չեք՝ արդյո՞ ստացիոնար, թե ամբուլատոր բուժառու եք, պետք է հետեւ հիվանդանոցի անձնակազմից:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես **Medicare**-ի փաստաթուղթը՝ **Medicare**-ի *Հիվանդանոցային նպաստներ*: Կարելի է ձեռք բերել այս տեղեկատվական թերթիկը հետևյալ կայքում՝ www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf կամ գանգահարել՝

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է քվանտում

Ստացիոնար հիվանդանոցային բուժօգնություն (շարունակություն)

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY
օգտագործողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Ստացիոնար ծառայություններ հոգեբուժարանում

Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են մտավոր առողջության առողջապահական ծառայություններ, որոնց դեպքում պահանջվում է մնալ հիվանդանոցում:

- Կարող է ստանալ այդ ծառայությունները ընդհանուր հիվանդանոցում կամ հոգեբուժարանում, որտեղ խնամում են միայն հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող մարդկանց:
- Եթե գտնվում եք հոգեբուժարանում (ընդհանուր հիվանդանոցի փոխարեն), Medicare-ը վճարում է միայն ձեր կյանքի ընթացքում մինչև 190 օրվա հոգեբուժարանի ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայությունների համար:
- Եթե օգտագործել եք ձեր 190-օրյա կյանքի ընթացքում սահմանաչափի մի մասը մեր պլանում գրանցվելուց առաջ, կյանքի ընթացքում հիվանդանոցային ապահովագրված օրերի քանակը կրճատվում է հոգեբուժարանում Medicare-ով նախկինում ապահովագրված հոգեբուժական բուժման համար ստացիոնար օրերի քանակով:
- 190-օրյա սահմանափակումը չի տարածվում ընդհանուր հիվանդանոցի հոգեբուժական բաժանմունքում մատուցվող հոգեկան առողջության Ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայությունների վրա:
- Ընդհանուր հիվանդանոցում հոգեկան առողջության խնամք ստանալիս նպաստի ժամանակահատվածի քանակի սահմանափակում չի լինի: Հոգեբուժական հիվանդանոցում խնամք ստանալիս կարող եք նաև ունենալ նպաստի մի քանի ժամանակահատվածներ, սակայն կա 190 օրվա կյանքի ընթացքի սահմանափակում:

Medicare-ը չի հատուցում հետևյալի համար.

- Անհատական հերթապահ բուժօրյաքեր
- Հեռախոս կամ հեռուստացույց ձեր սենյակում
- Առանձին սենյակ (քանի դեռ բժշկական ցուցումներով պահանջված չէ):

Ստացիոնար կեցություն. հիվանդանոցում կամ SNF-ում չապահովագրված ստացիոնար բուժման ընթացքում ստացված փոխհատուցվող ծառայություններ

Եթե սպասել եք ձեր ստացիոնար բուժման նպաստները, կամ եթե ստացիոնար բուժումը ողջամիտ և անհրաժեշտ չէ, մենք չենք հատուցի ձեր ստացիոնար կեցության համար: Այնուամենայնիվ, որոշ դեպքերում մենք կհատուցենք հիվանդանոցում կամ որակավորված բուժօրյաքական խնամքի հաստատությունում (SNF) գտնվելու

Դուք վճարում եք \$0 հիվանդանոցում մնալու 1 - 90 օրերի համար՝ յուրաքանչյուր նպաստի ժամանակահատվածի համար:

Մեր պլանը նաև ներառում է 60 «կյանքի ընթացքում պահուստային օր»: Սրանք «լրացուցիչ» օրեր են, որոնք մենք ապահովագրում ենք: Եթե ձեր հիվանդանոցում մնալը մեկ նպաստի ժամանակահատվածից 90 օրից ավել է, կարող եք օգտագործել այդ լրացուցիչ օրերը: Սակայն, երբ սպասեք այդ լրացուցիչ 60 օրերը, ձեր ստացիոնար հիվանդանոցային ապահովագրությունը կսահմանափակվի մեկ նպաստի ժամանակահատվածի 90 օրով:

Եթե ձեր անհետաձգելի վիճակը կայունանալուց հետո ստանաք հաստատված ստացիոնար խնամք արտացոնող հիվանդանոցում, ձեր ծախսը կլինի ցանցային հիվանդանոցում վճարվելիք ծախսի մասնաբաժինը:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Տե՛ս այս աղյուսակի նպաստը՝ հետևյալի համար ձեր ծախսերի մասնաբաժինը հասկանալու նպատակով.

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ էֆ վճարում

Ստացիոնար կեցություն. հիվանդանոցում կամ SNF-ում չապահովագրված ստացիոնար բուժման ընթացքում ստացված փոխհատուցվող ծառայություններ (Շարունակություն)

ընթացքում ձեր ստացած որոշակի ծառայությունների համար: Փոխհատուցվող ծառայությունները կարող են ներառել, սակայն չսահմանափակվել հետևյալով.

- Բժշկի ծառայություններ
- Ախտորոշիչ հետազոտություններ (լաբորատոր հետազոտություններ)
- Ռենտգեն, ռադիոլոնային, իզոտոպային թերապիա, այդ թվում՝ տեխնիկական նյութեր և ծառայություններ
- Վիրաբուժական վիրակապեր
- Սպլինտներ, գիպսային վիրակապեր և այլ հարմարանքներ, որոնք օգտագործվում են կոտրվածքների ու տեղախախտումները նվազեցնելու համար:
- Պրոթեզներ և օրթոպեդիկ սարքեր (բացառությամբ ատամնաբուժականի), որոնք փոխարինում են մարմնի ներքին օրգանի ամբողջ կամ մի մասը (ներառյալ հարակից հյուսվածքը) կամ մետաղե սնաչափատուսակ կամ չգործող ներքին օրգանի ամբողջ կամ մի մասը, ներառյալ նման սարքերի փոխարինումը կամ վերանորոգումը:
- Ուռի, ձեռքի, մեջքի և պարանոցի կոնստրուկցիաներ, բանդաժներ և արհեստական ոտներ, ձեռքեր և աչքեր, ներառյալ կոտրվածքի, մաշվածության, կոնստի կամ բուժառուի ֆիզիկական վիճակի փոփոխության պատճառով անհրաժեշտ հարմարեցումները, վերանորոգումները և փոխարինումները:
- Տրիպոթերապիա, խոսքի թերապիա և աշխատանքային թերապիա:

- «Բժշկի/Պրակտիկանտի ծառայություններ, ներառյալ բժշկի գրասենյակ այցեր»
- «Ամբուլատոր ախտորոշիչ հետազոտություններ և թերապևտիկ ծառայություններ ու պարագաներ»
- «Պրոթեզային սարքեր և հարակից նյութեր»
- «Ամբուլատոր վերականգնողական ծառայություններ»:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Ապահովագրված ծառայություններ.	Ինչ է վճարում
--------------------------------------	----------------------

Սննդի նպաստ (կրացուցիչ)*

ձառեր ֆրոնիկ հիվանդների համար.

Այս նպաստին համապատասխանելու համար պետք է ունենաք շաքարային դիաբետի, ֆրոնիկ սրտային անբավարարության, սրտանոթային խանգարումների (սահմանափակվում է սրտի առիթմիայով, կորոնար զարկերակների հիվանդությամբ, ծայրամասային անոթային հիվանդությամբ և ֆրոնիկ երակային թրոմբոէմբոլիկ խանգարումով), դեմենցիայի կամ ֆրոնիկ թոֆային խանգարումների ախտորոշում: Ձեր գործի կառավարիչը կամ ձեր բժիշկը կորոշեն, թե արդյոք անհրաժեշտ է ձեզ այս նպաստը:

Այս նպաստը տրամադրում է ամսական 14 ֆաե՝ օրացուցային տարվա 12 ամիսների ընթացքում՝ ընդհանուր 168 ֆաե: Սննդի տեսակները հիմնված կլինեն ձեր սննդակարգի կարիքների վրա:

Ձեր գործի կառավարիչը կպատվիրի սնունդը ձեզ համար, և սնունդը կուղարկեն ձեր տուն: Առաջին առաֆումը սովորաբար հասնում է պատվերի մշակումից հետո 72 ժամվա (3 աշխատանֆային օրվա) ընթացքում: Ձեզ հետ նախօրոք կապ կհաստատեն առաֆման ամսաթվի (ամսաթվերի) համար:

Սնունդ՝ դուրսգրումից հետո.

Այս նպաստը նախատեսված է ստացիոնար հիվանդանոցում կամ որակավորված բուժֆուրյական խնամֆի հաստատությունում (SNF) մնալուց հետո կամ որոշ ժամանակահատված ձեր տանը մնալը պահանջող առողջական վիՆակի կամ հնարավոր առողջական վիՆակի դեպքում ձեզ առողջ և ուժեղ պահելու համար: Ձեր գործի կառավարիչը կամ ձեր բժիշկը կորոշեն, թե արդյոք անհրաժեշտ է ձեզ այս նպաստը: Ձեր բժիշկը կարող է ձեզ համար դիմել այս նպաստին, եթե ունեք որոշակի ֆրոնիկ հիվանդություններ: Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում: Այս նպաստը տրամադրում է օրական 2 ֆաե՝ 14 օրվա ընթացքում՝ ընդհանուր 28 ֆաե: Սննդի տեսակները հիմնված կլինեն ձեր սննդակարգի կարիքների վրա: Նպաստը կարող է օգտագործվել մինչև 4 անգամ տարեկան՝ օրացուցային տարվա ընթացքում մինչև 112 ֆաե ստանալու համար: Ձեր գործի կառավարիչը կպատվիրի սնունդը ձեզ համար, և սնունդը կուղարկեն ձեր տուն: Առաջին առաֆումը սովորաբար հասնում է պատվերի մշակումից հետո 72 ժամվա (3 աշխատանֆային օրվա) ընթացքում: Ձեզ հետ նախօրոք կապ կհաստատեն առաֆման ամսաթվի (ամսաթվերի) համար:

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Ապահովագրված ծառայություններ. **Ինչ է վճարում**



Բժշկական սնուցման թերապիա

Այս նպաստը նախատեսված է շաքարային դիաբետ, ռեհալ (երիկամային) հիվանդություն ունեցող (բայց ոչ դիալիզով) կամ երիկամի փոխպատաստումից հետո ձեր բժշկի կողմից ցուցումով մարդկանց համար:

Մենք ապահովագրում ենք 3 ժամ տեսատես խորհրդատվական ծառայություններ Medicare-ի (որը ներառում է մեր պլանը, Medicare Advantage ցանկացած այլ պլան կամ Original Medicare) շրջանակում բժշկական սնուցման թերապիայի ծառայություններ ստանալու առաջին տարվա ընթացքում և դրանից հետո ամեն տարի 2 ժամ: Ձեր առողջական վիճակի, բուժման կամ ախտորոշման փոփոխությունների դեպքում հնարավոր է՝ բժշկի ցուցումով կարողանաք ստանալ բուժման հավելյալ ժամեր: Բժիշկը պետք է նշանակի այս ծառայությունները և ամեն տարի երկարաձգի դրանց նշանակումը, եթե ձեր բուժումն անհրաժեշտ լինի հաջորդ օրացուցային տարում:

Medicare-ով ապահովագրված բժշկական սնուցման թերապիայի ծառայությունների համար իրավունակ մասնակիցների համար չկա համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար:



Medicare-ի Շահարախտի կանխարգելման ծրագիր (MDPP)

MDPP ծառայությունները կհատուցվեն իրավունակ շահառուների համար՝ Medicare առողջապահական բոլոր պլանների շրջանակներում:

MDPP-ն առողջության նկատմամբ վարձագծային փոփոխության կառուցվածքային ծրագիր է, որը տրամադրում է երկարաժամկետ սննդակարգի փոփոխության, ֆիզիկական ակտիվության բարձրացման և քառի կորստի ու առողջ ապրելակերպի պահպանման ռազմավարությունները հաղթահարելու պրակտիկ ուսուցում:

MDPP նպաստի համար չկա համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար:

Medicare Part B-ով նախատեսված դեղեր

Այս դեղերը հատուցվում են Original Medicare Part B-ով: Մեր պլանի անդամները այս դեղերի համար ստանում են ապահովագրություն մեր պլանի միջոցով: Ապահովագրված դեղերը ներառում են.

- Դեղեր, որոնք սովորաբար բուժառուն ինֆուսիոնային չի ընդունում, այլ ներարկվում են բժշկի, հիվանդանոցի ամբուլատոր կամ ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոնի ծառայություններ ստանալու ընթացքում:
- Ինսուլին, որը տրամադրվում է երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումների միջոցով (ինչպես օրինակ՝ բժշկական ցուցումներով պահանջված ինսուլինի պոմպ):
- Այլ դեղեր, որոնք ընդունում են օգտագործելով երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (ինչպես օրինակ՝ ներուլայգերներ), որոնք հաստատվում են մեր պլանով:

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Մաս B-ի դեղերը կարող են կիրառվել փուլային թերապիայի համար:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է՛ վճարում

Medicare Part B-ով նախատեսված դեղեր (շարունակություն)

- Alzheimer-ի՝ Leqembi[®] (համընդհանուր անունը լեկանեմաբ), որն ընդունում են ներերակային եղանակով: Ի լրաման դեղորայքի ծախսերի՝ բուժումից առաջ և/կամ ընթացքում կարող են անհրաժեշտ լինել լրացուցիչ սկանավորումներ և հետազոտություններ, որոնք կարող են ավելացվել ձեր ընդհանուր ծախսերին: Խոսք է լինում ձեր բժշկի հետ, թե ինչ սկանավորումներ և հետազոտություններ կարող են անհրաժեշտ լինել բուժման շրջանակում:
- Մակարդան գործոններ, որոնք ստանում են ներարկման միջոցով, եթե ունեք հեմոֆիլիա:
- Փոխպատվաստում/իմունոսուպրեսիվ դեղեր՝ Medicare-ը հատուցում է փոխպատվաստման դեղի թերապիայի համար, եթե Medicare-ը վճարել է ձեր օրգանի փոխպատվաստման համար: Դուք պետք է ունենաք Մաս A հատուցվող փոխպատվաստման ժամանակ և պետք է ունենաք Մաս B իմունոսուպրեսիվ դեղեր ստանալու ժամանակ: Medicare Part D-ն փոխհատուցում է իմունոսուպրեսիվ դեղերը, եթե Մաս B-ն դրանք չի փոխհատուցում:
- Օստեոպորոզի դեմ ներարկվող դեղեր, եթե տնակյաց էք, ունեք կոտրվածք, որը բժշկի հավաստմամբ առնչվում է հետազոտանադադարային օստեոպորոզի հետ, և չեք կարող ինքներդ ներարկել դեղը:
- Որոշ անտիգեններ. Medicare-ը փոխհատուցում է հակագեններ, եթե բժիշկը պատրաստում է դրանք, և պատճառն հրահանգավորված անձը (կարող է լինել դուք՝ բուժառույժ) դրանք տալիս է համապատասխան հսկողության ներքո:
- Բերանի խոռոչի որոշ հակաբակտերիալ խմելու դեղեր՝ Medicare-ը հատուցում է բերանի խոռոչի բազիլի որոշ խմելու դեղերի համար, եթե նույն դեղը հասանելի է ներերակային ընդունման ձևով, կամ դեղը ներարկվող դեղի նախադեղ է (խմելու դեղ, որն ընդունումից հետո փոխակերպվում է նույն ակտիվ բաղադրիչի, որը գտնվում է ներարկվող դեղում): Քանի որ բերանի խոռոչի բազիլի դեմ նոր դեղերը հասանելի են, Մաս B-ն կարող է հատուցել դրանք: Եթե Մաս B-ն չի հատուցում դրանք, Մաս D-ով են հատուցվում:
- Խմելու հակաարտիստոնոցային դեղեր՝ Medicare-ը հատուցում է խմելու հակաարտիստոնոցային դեղերի համար, որոնք օգտագործում են որպես հակաբակտերիալ ֆունկցիոնալ ծրագրի մաս, եթե դրանք ընդունում են ֆունկցիոնալ ծրագրից առաջ կամ 48 ժամվա ընթացքում կամ օգտագործում են որպես ներերակային հակաարտիստոնոցային դեղի ամբողջական թերապևտիկ փոխարինում:
- Medicare Part B-ով փոխհատուցվում են որոշ բերանով ընդունվող դեղամիջոցներ՝ Վերջին փուլի երկիմադային հիվանդության (ESRD) դեպքում:
- ESRD վնասարարի համակարգի շրջանակներում կալցիում/իմետիկ դեղամիջոցներ, ներառյալ՝ ներերակային դեղամիջոց Parsabiv[®] -ը և խմելու դեղամիջոց Sensipar[®] -ը:
- Տնային պայմաններում կատարվող դիալիզի համար որոշ դեղեր, ներառյալ՝ հեպարինը, հեպարինի հակաթույնը, եթե բժշկական ցուցումներով պահանջված է և տեղային անզգայացնող միջոցները:

Ապահովագրված ծառայություններ. **Ինչ է վճարում**

Medicare Part B-ով նախատեսված դեղեր (շարունակություն)

- Էրիթրոպոետին խթանող նյութեր՝ Medicare-ը փոխհատուցում է էրիթրոպոետինի ներարկումը, եթե ունեք Վերջին փուլի երիկամային հիվանդություն (ESRD) կամ անհրաժեշտ է այս դեղը որոշ այլ հիվանդությունների հետ կապված անեմիայի բուժման համար (օրինակ՝ Retacrit®, Aranesp®):
- Ներերակային իմունոգլոբուլին ատաջնային իմունային անբավարարության հիվանդությունների Տնային բուժապասարկում բուժման համար:
- Պարենտերալ և էնտերալ սնուցում (ներերակային և խոզովակային սնուցում):

Մենք նաև հատուցում ենք որոշ պատվաստանյութերի համար մեր Մաս B-ով, իսկ մեծահասակների պատվաստանյութերի մեծ մասը՝ Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի նպաստներով:

Գլուխ 5-ը ներկայացնում է Մաս D-ի Դեղատոմսային դեղերի նպաստը, այդ թվում՝ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթի համար հետևելու կանոնները: Մեր պլանի միջոցով Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի համար ձեր վճարելիք գումարը ներկայացված է Գլուխ 6-ում:

Որոշ դեպքերում մենք պահանջում ենք, որ նախ փորձեք որոշ դեղամիջոցներ ձեր առողջական վիճակը բուժելու համար, մինչև նույն հիվանդության համար մեր կողմից մեկ այլ դեղամիջոց հատուցելը: Օրինակ՝ եթե Դեղ A-ն և B-ն բուժում են խնդիրը, սակայն Դեղ A-ն ավելի մատչելի է, հնարավոր է՝ նախ փորձեք Դեղ A-ն: Եթե Դեղ A-ն լավ չի օգնում ձեզ, այնուհետև մենք կհատուցենք Դեղ B-ի համար: Փուլային թերապիայի անհրաժեշտությունը մեր կողմից որոշելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք՝ centralhealthplan.com:

Նախապես ֆինանսավորված դեբետային ֆարմ

Դրամական միջոցները տրամադրվում են դեբետային ֆարմի միջոցով, որը կհամարվի յուրաքանչյուր նպաստի հաճախականության հիման վրա: Զօգտագործված գումարները չեն փոխանցվում հաջորդ ժամանակաշրջանին:

Յուրաքանչյուր նպաստի կատեգորիայի միջոցները կտեղադրվեն նույն դեբետային ֆարմի վրա, սակայն կարող են օգտագործվել միայն տվյալ կատեգորիայի շրջանակում ներառված ապրանքների/ծառայությունների համար:

Առանց դեղատոմսի (OTC) ապրանքներ և OTC լսողական սարքեր*

- OTC ապրանքները դեղեր և առողջապահական ապրանքներ են, որոնք չեն պահանջում դեղատոմս:
- Դուք կունենեք նպաստ՝ պլանի կողմից հաստատված OTC ապրանքների և OTC լսողական սարքերի ձեռքբերման համար:

Բուսական կատալոգ*

- Դուք կարող եք օգտագործել ձեր OTC հատկացումը՝ առողջության և բարեկեցության բուսական կատալոգի ապրանքներ գնելու համար:

Յուրաքանչյուր 3 ամսվա համար մինչև \$320 չօգտագործված OTC միջոցները չեն փոխանցվում հաջորդ եռամսյակ:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում

Նախապես ֆինանսավորված դեբետային ֆարա (շարունակություն)

Ֆիրմես հատկացում*

- Ձեզ կտրամադրվի հատկացում՝ համապատասխան պահանջները բավարարող ֆիրմես ծախսերի կամ ֆիրմես հաստատություններում օգտագործման համար:

Դուք կարող եք գտնել պլանի կողմից հաստատված OTC և առողջության ու բարեկեցության բուսական ապրանքների ցանկը՝ www.centralhealthplan.com կայքում: Դուք պետք է ակտիվացնեք ձեր դեբետային ֆարաը՝ այն օգտագործելուց առաջ: Նախապես ֆինանսավորված դեբետային ֆարաի նպաստի վերաբերյալ օգնության համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն (հեռախոսահամարները սպված են այս փաստաթղթի հետևի շապիկի վրա):

Մինչև \$20՝ ամեն ամիս: Ֆիրմես հատկացման չօգտագործված միջոցները չեն փոխանցվում հաջորդ ամսվան:



Ճարպակալման սֆրինինգ և թերապիա՝ ֆաբլ ցածր պահելու համար

Եթե ձեր մարմնի զանգվածի ինդեքսը կազմում է 30 կամ ավելի, մենք հատուցում ենք ֆաբլ նվազեցնելու նպատակով խորհրդատվական ծառայությունը: Այդ խորհրդատվությունը հատուցվում է, եթե այն ստանում եք առաջնային խնամքի հաստատությունում, որտեղ այն կարող է համակարգվել ձեր համալիր կանխարգելման պլանով: Զրուցեք ձեր առաջնային խնամքի բժշկի կամ պրակտիկանտի հետ՝ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

Գիրության կանխարգելիչ սֆրինինգի և թերապիայի համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Օփիոիդների բուժման ծրագրի ծառայություններ

Օփիոիդների օգտագործման խանգարում (OUD) ունեցող մեր պլանի անդամները կարող են ստանալ OUD-ի բուժման ծառայությունների ապահովագրություն՝ օփիոիդային բուժման ծրագրի (OTP) միջոցով, որը ներառում է հետևյալ ծառայությունները:

- ԱՄՆ Սննդի և դեղերի վարչության (FDA) կողմից հաստատված օփիոիդային ազոնիստների և անտազոնիստների դեղորայքային օժանդակությամբ բուժման (MAT) դեղամիջոցներ
- MAT դեղամիջոցների տրամադրում և կիրառում (եթե կիրառելի է)
- Թմրանյութերի օգտագործումից առաջացած խանգարումների վերաբերյալ խորհրդատվություն

Medicare-ով ապահովագրված օփիոիդային բուժման ծրագրի ամբուլատոր ծառայությունների համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Medicare-ի կողմից հատուցվող օփիոիդային բուժման ծրագրի ամբուլատոր ծառայությունների համար նախնական հաստատում չի պահանջվում, սակայն այն

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ էֆ վճարում

Օփիոիդների բուժման ծրագրի ծառայություններ (Շարունակություն)

- Անհատական և խմբային թերապիա
- Թունաբանական հետազոտություն
- Ընդունման գործողություններ
- Պարբերաբար գնահատումներ:

Կարող է պահանջվել, եթե ձեզ անհրաժեշտ է ստանալ օփիոիդային բուժման դեղամիջոցներ:

Ամբուլատոր ախտորոշիչ հետազոտություններ և առաջնային թերապևտիկ ծառայություններ և պարագաներ

Փոխհատուցվող ծառայությունները կարող են ներառել, սակայն չսահմանափակվել հետևյալով.

- Ռենտգեն հետազոտություններ
- Ճառագայթային (ռադիոնային և իզոտոպային) թերապիա, այդ թվում՝ տեխնիկական նյութեր և պարագաներ
- Վիրաբուժական պարագաներ, ինչպես օրինակ՝ վիրակապեր
- Սպլինտներ, գիպսային վիրակապեր և այլ հարմարանքներ, որոնք օգտագործվում են կոտրվածքների ու տեղախախտումները նվազեցնելու համար:
- Լաբորատոր հետազոտությունները
- Արյուն, ներառյալ՝ պահեստավորում և կառավարում: Ամբողջական արյան և խտացված կարմիր բջիջների փոխհատուցումը սկսվում է այն պահից, երբ ձեզ անհրաժեշտ է առաջին պինտ արյունը: Արյան մյուս բոլոր բաղադրիչները հատուցվում են՝ սկսած օգտագործած առաջին պինտից:
- Ախտորոշիչ ոչ լաբորատոր թեստեր, ինչպիսիք են՝ CT սխանավորումները, MRI-ները, EKG-ները և PET-ները, երբ ձեզ բժիշկը կամ առողջապահական մատակարարը դրանք նշանակում է բժշկական խնդրի բուժման նպատակով:
- Ամբուլատոր այլ ախտորոշիչ հետազոտություններ՝ ոչ ռադիոլոգիական ախտորոշիչ ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ էլեկտրասրտագրություն (EKG), էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆիա (EEG), թոքերի ֆունկցիայի հետազոտություններ, ֆնի ուսումնասիրություններ և վազոուլու վրա սրբեսի հետազոտություններ:
- Ախտորոշիչ ռադիոլոգիական ծառայություններ (ինչպես բարդ, այնպես էլ ոչ բարդ), ինչպես օրինակ՝ մասնագիտացված սկանավորումները, CT-ը, SPEC-ը, PET-ը, MRI-ը, MRA-ը, միջուկային հետազոտություններ, ուլտրաձայնային հետազոտություններ, ախտորոշիչ մամոգրամներ և միջամտական ռադիոլոգիական պրոցեդուրաներ (միելոգրաֆիա, ցիստոգրաֆիա, անգիոգրաֆիա և բարիումային հետազոտություններ):

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Ամբուլատոր լաբորատոր ծառայությունների և ամբուլատոր ռենտգեն ծառայությունների համար հաստատում չի պահանջվում:
Գենետիկական լաբորատոր անալիզների համար պահանջվում է նախնական հաստատում:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում

Ամբուլատոր հիվանդանոցային հսկողություն

Հսկողության ծառայությունները հիվանդանոցային ամբուլատոր ծառայություններ են, որոնք տրամադրվում են որպեսզի, թե արդյոք պետք է հոսպիտալացվեք որպես ստացիոնար բուժառու, թե կարող եք դուրս գրվել:

Որպեսզի ամբուլատոր հիվանդանոցային հսկողության ծառայությունները հատուցվեն, պետք է համապատասխանեք Medicare-ի չափանիշներին և համարվեն խելամիտ և անհրաժեշտ: Հսկողության ծառայությունները հատուցվում միայն այն դեպքում, երբ տրամադրվում են բժշկի կամ պետական լիցենզավորման օրենքով և հիվանդանոցի անձնակազմի կանոնադրությամբ բուժառուներին հիվանդանոց ընդունելու կամ ամբուլատոր հետազոտություններ նշանակելու համար լիազորված այլ անձի ցուցումով:

Նշում՝ Բանի դեռ մատակարարը ցուցում չի գրել՝ ձեզ որպես ստացիոնար բուժառու հիվանդանոց ընդունելու համար, դուք համարվում եք ամբուլատոր բուժառու և վճարում եք ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայությունների ծախսերի մասնաբաժնի գումարները: Նույնիսկ եթե գիշերը մնաք հիվանդանոցում, դեռ կարող եք համարվել ամբուլատոր բուժառու: Եթե վստահ չեք՝ արդյոք ամբուլատոր բուժառու եք, պետք է հետևել հիվանդանոցի անձնակազմից:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես Medicare-ի փաստաթուղթը՝ **Medicare-ի Հիվանդանոցային նպաստներ**: Կարելի է ձեռք բերել այս տեղեկատվական թերթիկը հետևյալ կայքում՝ www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf կամ գանգահարել՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ

Մենք հատուցում ենք բժշկական ցուցումներով պահանջված ծառայությունների համար, որոնք ստանում եք հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքում հիվանդության կամ վնասվածքի ախտորոշման համար:

Փոխհատուցվող ծառայությունները կարող են ներառել, սակայն չսահմանափակվել հետևյալով.

- Արտակարգ դեպքերի բաժանմունքում կամ ամբուլատորիայում ստացվող ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ հսկողության ծառայություններ և ամբուլատոր վիրահատություն
- Լաբորատոր և ախտորոշիչ հետազոտություններ, որոնց համար վճարում է հիվանդանոցը
- Հոգեկան առողջության խնամք, այդ թվում՝ խնամք մասնակի հոսպիտալացման ծրագրում, եթե բժիշկը հավաստի, որ ստացիոնար բուժումն անհրաժեշտ կլինի առանց դրա
- Ռենտգեն և հառազայրաբանական այլ ծառայություններ, որոնց համար վճարում է հիվանդանոցը

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայությունները հատուցվում են այս աղյուսակում ներկայացված այլ նպաստներով: Տե՛ս այս և այլ նպաստները, երբ խնամքը տրամադրվում է ամբուլատոր հիվանդանոցային հաստատությունում:

- «Շտապ օգնություն»
- «Ամբողջ աշխարհում անհետաձգելի/հրատապ խնամքի ապահովագրություն»

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում

Ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ (Շարունակություն)

- Բժշկական պարագաներ, ինչպես օրինակ՝ սպլինտներ և գիպսե վիրակապեր
- Որոշ դեղեր և կենսաբանական միջոցներ, որոնք չէ կարող ինֆուսիոնային ընդունել:

Նշում՝ Բանի դեռ մատակարարը ցուցում չի գրել՝ ձեզ որպես ստացիոնար բուժառու հիվանդանոց ընդունելու համար, դուք համարվում եք ամբուլատոր բուժառու և վճարում եք ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայությունների ծախսերի մասնաբաժնի գումարները: Նույնիսկ եթե գիշերը մնաք հիվանդանոցում, դեռ կարող եք համարվել ամբուլատոր բուժառու: Եթե վստահ չեք՝ արդյոք ամբուլատոր բուժառու եք, պետք է հարցազրույցի անձնակազմից:

Կարող եք նաև լրացուցիչ տեղեկություն գտնել **Medicare**-ի տեղեկատվական թերթիկում, որը կոչվում է «Դուք հիվանդանոցի ստացիոնար, թե՞ ամբուլատոր բուժառու եք: Եթե ունեք Medicare, ապա հարցրե՛ք»: Կարելի է ձեռք բերել այս տեղեկատվական թերթիկը հետևյալ կայքում՝ <https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> կամ գանգահարել հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք անվճար գանգահարել այս համարներով 24/7 ռեժիմով:

- «Ամբուլատոր փնտրուճիչ հետազոտություններ և թերապևտիկ ծառայություններ ու պարագաներ»
- «Ամբուլատոր վիրահատություններ, որոնք սրամաղրվում են հիվանդանոցային ամբուլատոր հաստատություններում և ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոններում»
- «Մասնակի հոսպիտալացում»:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Ամբուլատոր լաբորատոր ծառայությունների և ամբուլատոր ռենտգեն ծառայությունների համար հաստատում չի պահանջվում: Գենետիկական լաբորատոր անալիզների համար պահանջվում է նախնական հաստատում:

Հոգեկան առողջության ամբուլատոր խնամք

Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են՝

Հոգեկան առողջության ծառայություններ, որոնք մատուցվում են պետական լիցենզիա ունեցող հոգեբույժի կամ բժշկի, կլինիկական հոգեբանի, կլինիկական սոցիալական աշխատողի, կլինիկական բուժօւյր-մասնագետի, լիցենզավորված մասնագիտական խորհրդատուի (LPC), լիցենզավորված ամուսնական և ընտանեկան թերապևտի (LMFT), բուժօւյր պրակտիկանտի (NP), բժշկի օգնականի (PA) կամ Medicare-ի կողմից որակավորված հոգեկան առողջության այլ մասնագետի կողմից, ինչպես թույլատրելի է գործող նահանգային օրենքներով:

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Տե՛ս այս աղյուսակի «Դեպրեսիայի սերինինգ» բաժինը դեպրեսիայի տարեկան սերինինգի համար:

Տե՛ս այս աղյուսակի «Մասնակի հոսպիտալացում» բաժինը, եթե ձեզ անհրաժեշտ է Medicare-ով

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում

Հոգեկան առողջության ամբուլատոր խնամք (Շարունակություն)

Ձեր Medicare ամբուլատոր հոգեկան առողջության խնամքի ապահովագրությունը ներառում է.

- Դեպրեսիայի մեկ սֆրինինգ յուրաքանչյուր օրացուցային տարի: Սֆրինինգը պետք է կատարվի առաջնային խնամքի բժշկի գրասենյակում կամ առաջնային խնամքի կլինիկայում, որտեղ կարելի է տրամադրել հետագա հետևողական բուժում և ուղեգրեր:
- Անհատական և խմբային հոգեթերապիա բժիշկների կամ լիցենզավորված որոշակի մասնագետների հետ նախնական կողմից այդ ծառայությունները սրամադրելու համար նախատեսված թույլատրելի վայրերում:
- Ընտանեկան խորհրդատվություն, եթե հիմնական նպատակը ձեր բուժման հարցում օգնելն է:
- Հետազոտություն պարզելու, թե արդյոք ստանում եք ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունները, և արդյոք ձեր ներկայիս բուժումն օգնում է ձեզ:
- Հոգեբուժական գնահատում:
- Դեղորայքի կառավարում:

Ապահովագրված ամբուլատոր հոգեկան առողջության խնամքի այս բուժումը:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Ամբուլատոր վերականգնողական ծառայություններ

Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են՝ ֆիզիոթերապիա, էրգոթերապիա և խոսքի և լեզվի թերապիա:

Ամբուլատոր վերականգնողական ծառայությունները սրամադրվում են տարբեր ամբուլատոր հաստատություններում, ինչպես օրինակ՝ հիվանդանոցային ամբուլատոր բաժանմունքներում, անկախ թերապևտների գրասենյակներում և համալիր ամբուլատոր վերականգնողական հաստատություններում (CORF-եր):

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավնար կամ չհատուցվող վնար չկա:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Թմրանյութերի օգտագործումից առաջացած խանգարումների ամբուլատոր ծառայություններ

Մենք հատուցում ենք թմրանյութերից կամ ալկոհոլից կախվածության բուժման ամբուլատոր խնամք՝ առանց դեղագործական բուժիչ միջոցների օգտագործման:

Ծառայությունները կարող են ներառել ինչպես ինտենսիվ ամբուլատոր ծառայություններ, այնպես էլ ավանդական խորհրդատվություն:

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավնար կամ չհատուցվող վնար չկա:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում

Ամբուլատոր վիրահատություններ, այդ թվում՝ ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են հիվանդանոցային ամբուլատոր հաստատություններում և ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոններում

Նշում՝ Եթե վիրահատություն է անցնում հիվանդանոցային հաստատությունում, պետք է ստուգեք ձեր մատակարարի ձեր ստացիոնար կամ ամբուլատոր բուժառու լինելը: Քանի դեռ մատակարարը ցուցում չի գրել՝ ձեզ որպես ստացիոնար բուժառու հիվանդանոց ընդունելու համար, դուք համարվում եք ամբուլատոր բուժառու և վճարում եք ամբուլատոր հիվանդանոցային վիրահատության ծախսերի մասնաբաժնի գումարները: Նույնիսկ եթե գիշերը մնաք հիվանդանոցում, դեռ կարող եք համարվել ամբուլատոր բուժառու:

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Մասնակի հոսպիտալացման ծառայություններ և ինտենսիվ ամբուլատոր ծառայություններ

Մասնակի հոսպիտալացումը ակտիվ հոգեբուժական բուժման կառուցվածքային ծրագիր է, որը տրամադրվում է որպես հիվանդանոցային ամբուլատոր ծառայություն կամ համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոնի կողմից, որն ավելի ինտենսիվ է, քան ձեր բժշկի, քերպուստի, լիցենզավորված մասնագիտական և ընտանեկան քերպուստի (LMFT) կամ լիցենզավորված մասնագիտական խորհրդատուի գրասենյակում ստացած խնամքը, և հանդիսանում է ստացիոնար հոսպիտալացման այլընտրանք:

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Ինտենսիվ ամբուլատոր ծառայությունը վարձագծային (հոգեկան) առողջության քերպուստի ակտիվ բուժման կառուցվածքային ծրագիր է, որը տրամադրվում է հիվանդանոցային ամբուլատոր հաստատությունում, համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոնում, դաշնային որակավորում ունեցող առողջապահական կենտրոնում կամ գյուղական առողջապահական կլինիկայում, որն ավելի ինտենսիվ է, քան ավելի ինտենսիվ է, քան ձեր բժշկի, քերպուստի, լիցենզավորված մասնագիտական և ընտանեկան քերպուստի (LMFT) կամ լիցենզավորված մասնագիտական խորհրդատուի գրասենյակում ստացած խնամքը, սակայն մասնակի հոսպիտալացումից քիչ ինտենսիվ է:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում

Արտակարգ իրավիճակների արձագանքման անհատական համակարգ (PERS) (լրացուցիչ) *

PERS-ը Տնային բուժապասարկում բժշկական անհատական համակարգ է, որը կարող է օգնություն ցուցաբերել արտակարգ իրավիճակներում: Եթե համապատասխանեք պահանջներին, ձեզ կտան շարժական, բջջային կամ ստացիոնար հեռախոս և վոյսթիկ կախագարդ, որը պետք է միշտ կրել: Կախագարդը կարող է կրել պարանոցին, դաստակին կամ գոտու վրա: Մեկ կոճակի հպումով կապ կհաստատեք մոնիթորինգային ընկերության խնամքի կենտրոնի ներկայացուցչի հետ:

Օպերատորները հասանելի են 24/7 ռեժիմով և կմնան զժում ձեզ հետ արտակարգ իրավիճակի դեպքում: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է հրատապ բժշկական ծառայություն կամ ընտանիքի անդամի կողմից աջակցություն, խնամքի կենտրոնի ներկայացուցիչը ձեզ կտրամադրի անհրաժեշտ աջակցությունը:

Ձեր բջջային կամ տնային PERS սարքի միջոցով կարող եք ակտիվացնել ոչ անհետաձգելի կարիքների կոճակը: Եթե ձեզ միայնակ էք զգում կամ ցանկանում եք խոսել ինչ-որ մեկի հետ, բժշկի մոտ այց նշանակելու հարցում, տեղափոխման կազմակերպման կամ որևէ այլ հարցում օգնության կարիք ունեք, խնամքի կենտրոնի ներկայացուցիչը կօգնի ձեզ և կարող է միացնել զանգը Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) Անդամների սպասարկման ծառայությանը կամ ձեր գործի կառավարչին՝ ձեզ անհրաժեշտ օգնությունը ստանալու հարցում օգնելու համար:

Դուք վճարում եք \$0 այս նպաստի համար:

Ձեր գործի կառավարիչը կորոշի՝ արդյո՞ք համապատասխանում եք այս նպաստին: Պահանջվում է նախնական հաստատում:

Բժշկի/պրակտիկանտի ծառայություններ, այդ թվում՝ բժշկի գրասենյակ այցեր

Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են՝

- Բժշկական ցուցումներով պահանջված բուժապասարկում կամ վիրաբուժական ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են բժշկի գրասենյակում, հավաստագրված ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոնում, հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքում կամ որևէ այլ վայրում: Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:
- Խորհրդատվություն, ախտորոշում և բուժում մասնագետի կողմից
- Լսողության և հավասարակշռության հիմնական հետազոտություններ, որոնք կատարվում են ձեր PCP-ի կողմից, եթե ձեր բժիշկը նշանակում է՝ պարզելու, թե արդյո՞ք ձեզ անհրաժեշտ է բժշկական բուժում:
- Որոշ հեռահար բժշկության ծառայություններ, այդ թվում՝ Կարդիո վերականգնողական ծառայություններ, առաջնային խնամքի բժշկի, էլիտարակտիկ, էրգոթերապիայի, մասնագետ բժշկի ծառայությունները, ինչպես նաև՝ հոգեկան առողջության մասնագիտացված անհատական սեանսներ, հոգեկան առողջության մասնագիտացված խմբային սեանսներ, պոդիատրիկ ծառայություններ, այլ առողջապահական մասնագետների ծառայություններ, հոգեբուժական ծառայությունների անհատական սեանսներ, հոգեբուժական ծառայությունների խմբային սեանսներ, ֆիզիոթերապիայի և լոգոպեդի ծառայություններ, օֆիոթիպային կախվածության բուժման ծրագրի

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ էֆ վճարում

Բժշկի/պրակտիկանտի ծառայություններ, այդ թվում՝ բժշկի գրասենյակ այցեր (Շարունակություն)

Ծառայություններ, քննակրթերի չարաճախումից ամբուլատոր բուժման անհատական սեանսներ և քննակրթերի չարաճախումից ամբուլատոր բուժման խմբային սեանսներ:

- Կարող էք ընտրել ստանալ այս ծառայություններն անձամբ այցի կամ հեռահար խնամքի միջոցով: Եթե որոշեք ստանալ այս ծառայություններից որևէ մեկը հեռահար բժշկության միջոցով, պետք է օգտվեք այդ ծառայությունը հեռահար բժշկության միջոցով առաջարկող ցանցային մատակարարից: Ցանցային մատակարար գտնելու համար այցելեք մեր կայքը նշված հղումով՝ centralhealthplan.com:
- Վիրտուալ բժշկական այցերը համարվում են առցանց տեխնոլոգիաների և ուղիղ աուդիո/վիդեո հեռախոսակցությունների միջոցով բժշկական հաստատություններից դուրս վիրտուալ մատակարարների կողմից ձեռք բերվող բժշկական այցեր են:
- Նշում՝ ոչ բոլոր առողջական վիճակները կարող են բուժվել վիրտուալ այցերի միջոցով: Վիրտուալ այցի բժիշկը կորոշի բուժման համար անձամբ բժշկին դիմելու ձեր կարիքի անհրաժեշտությունը:
- Ամենամսյա հեռահար խնամքի ծառայություններ երիկամային հիվանդության վերջին փուլի հետ կապված այցերի համար Տնային բուժօգնություն դիալիզ իրականացնող անդամների համար հիվանդանոցում տեղակայված կամ կրիտիկական հասանելիության հիվանդանոցում գտնվող երիկամային դիալիզի կենտրոնում, երիկամային դիալիզի հաստատությունում կամ անդամի տանը: Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:
- Հեռահար խնամքի ծառայություններ՝ կաթվածի ախտահիւշերն ախտորոշելու, գնահատելու կամ բուժելու նպատակով՝ անկախ ձեր տեղանքից:
- Հեռահար խնամքի ծառայություններ այն անդամների համար, որոնք ունեն քննակրթերի օգտագործման հետևանքով խանգարումներ կամ գուգահետ հոգեկան առողջության խանգարում՝ անկախ իրենց տեղանքից:
- Հեռահար խնամքի ծառայություններ հոգեկան առողջության խանգարումների ախտորոշման, գնահատման և բուժման համար, եթե.
 - Ունեք անձամբ այց ձեր առաջին հեռահար խնամքից առաջ 6 ամսվա ընթացքում
 - Ունեք անձամբ այց յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ ձեր հեռահար խնամքի այս ծառայություններն ստանալու ընթացքում
 - Որոշ հանգամանքներում վերը նշվածի համար կարելի է բացառություններ անել:
- Հեռահար խնամքի ծառայություններ հոգեկան առողջության այցերի համար, որոնք տրամադրվում են գյուղական առողջապահական կլինիկաների և դաշնային որակավորում ունեցող առողջապահական կենտրոնների կողմից:
- Վիրտուալ ստուգումներ (օրինակ՝ հեռախոսով կամ տեսագրությամբ) ձեր բժշկի հետ 5-ից 10 րոպե տևողությամբ, **եթե**

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ էֆ վճարում

Բժշկի/պրակտիկանտի ծառայություններ, այդ թվում՝ բժշկի գրասենյակայցեր (շաբաօրականություն)

- Նոր բուժառու չէֆ **և**
- Ստուգումը կապված չէ վերջին **7** օրվա ընթացքում գրասենյակ կատարած այցի հետ **և**
- Ստուգումը չի հանգեցնում գրասենյակայցի **24** ժամվա ընթացքում կամ ամենաշուտ հասանելի նշանակման ժամին:
- Ձեր բժշկին ուղարկված տեսանյութի և/կամ նկարների գնահատում, մեկնաբանում և հետագա գործողություններ ձեր բժշկի կողմից **24** ժամվա ընթացքում, **երե.**
 - Նոր բուժառու չէֆ **և**
 - Գնահատումը կապված չէ վերջին **7** օրվա ընթացքում գրասենյակ կատարած այցի հետ **և**
 - Գնահատումը չի հանգեցնում գրասենյակայցի **24** ժամվա ընթացքում կամ ամենաշուտ հասանելի նշանակման ժամին:
- Այլ բժիշկների հետ Ձեր բժշկի խորհրդակցությունները հեռախոսով, ինտերնետով կամ էլեկտրոնային բժշկական պատմությամբ:
- Երկրորդ կարծիք մեկ այլ ցանցային մատակարարի կողմից՝ նախօրյա վիրահատությունը:
- Ոչ պլանային ատամնաբուժական խնամք (վոխատուցվող ծառայությունները սահմանափակվում են ծնոտի կամ հարակից կառուցվածքների վիրահատություններով, ծնոտի կամ դեմքի ոսկորների կտրվածքները տեղը գցելով, նորագոյացությունների ֆաղցկեղի հառաքայրային բուժման համար ծնոտը նախապատրաստելու համար ատամի հեռացումով կամ բժշկի կողմից սրամադրվելու դեպքում հատուցվող ծառայություններով): Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:
- Բժշկի գրասենյակում կամ անբուլատոր հիվանդանոցում մոնիթորինգի ծառայություններ, եթե ընդունում էֆ հակամակարդիչ դեղամիջոցներ, ինչպես օրինակ՝ Կունադին, Հեպարին կամ Վարֆարին:

Պոլիատորիկ ծառայություններ (Medicare-ով ապահովագրված)

Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են՝

- Ոտնաբարձի վնասվածքների և հիվանդությունների (օրինակ՝ մրհանման մատի կամ կրունկի կոչկախթանի) խնամքը և բժշկական կամ վիրահատական բուժում
- Ստորին վերջույթների վրա ազդող որոշակի առողջական վիճակով անդամների ոտների պլանային խնամք:

Այս նպաստի համար համապատասխանություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:
Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում



Նախնական վարակի կանխարգելում (PrEP) HIV-կանխարգելման նպաստով

Եթե չունեք HIV, բայց ձեր բժիշկը կամ այլ առողջապահական մասնագետը որոշի, որ դուք գտնվում եք HIV-ի բարձր ռիսկի տակ, մենք փոխհատուցում ենք մինչև վարակային կանխարգելիչ բուժումը (PrEP) և դրա հետ կապված ծառայությունները:

Պայմաններին բավարարելու դեպքում փոխհատուցվում են ստորև նշված ծառայությունները.

- FDA-ի կողմից հաստատված խմելու կամ ներարկային PrEP դեղամիջոց: Եթե դուք ներարկային դեղամիջոց եք ստանում, մենք նաև կհատուցենք դեղամիջոցի ներարկման վճարը:
- Մինչև 8 անհատական խորհրդատվական սեսիոն (ներառյալ HIV վարակի ռիսկի գնահատումը, HIV վարակի ռիսկի նվազեցումը և դեղորայքային բուժման հետևողականությունը) յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ:
- Մինչև 8 HIV սկրինինգ յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ:

B հեպատիտի վիրուսի մեկանգամյա սկրինինգ:

PrEP նպաստի համար չկա համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար:



Շագանակագեղձի ֆոնոգրաֆի սկրինինգային ստուգում

Յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ, 50 և բարձր տարիքի տղամարդկանց համար ծածկվող ծառայությունները ներառում են հետևյալը՝

- Ուղիղ աղիքի թվային հետազոտություն
- Շագանակագեղձի հատուկ հակագեղձի (PSA) հետազոտություն

PSA տարեկան հետազոտության համար չկա համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար:

Պրոքեզավորման և օրթոզավորման սարքեր և հարակից պարագաներ

Սարքեր (բացառությամբ ատամնաբուժական սարքերի), որոնք փոխարինում են մարմնի ամբողջ կամ որևէ մասը կամ ֆունկցիան: Սրանք ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում պրոքեզային և օրթոպեդիկ սարքերի օգտագործման փորձարկմամբ, տեղադրմամբ կամ ուսուցմամբ, ինչպես նաև՝ կոլոստոմային պարկեր և պարագաներ, որոնք անմիջականորեն կապված են կոլոստոմային խնամքի հետ, սրտի էլեկտրախթանիչներ, կոստոններ, պրոքեզային կոշիկներ, պրոքեզներ և կրծքագեղձի պրոքեզներ (ներառյալ մաստէկտոմիայից հետո վիրաբուժական կրծկալ): Ներառում է պրոքեզային և օրթոպեդիկ սարքերի, ինչպես նաև պրոքեզային և օրթոպեդիկ սարքերի վերանորոգման և/կամ փոխարինման հետ կապված որոշ պարագաներ: Ներառում է նաև կատարակտի հեռացումից կամ կատարակտի վիրահատությունից հետո որոշակի հատուցում. լրացուցիչ մանրամասների համար տե՛ս այս բաժնի «Տեսողության խնամք» բաժինը:

Այս նպաստի իրավասություն ունեցող մասնակիցների համար չկա համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:


Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում

Թոֆերի վերականգնողական ծառայություններ

Թոֆային վերականգնողական համալիր ծրագրերը հատուցվում են այն անդամների համար, ովքեր ունեն միջինից մինչև շատ ծանր բրոնխի օբստրուկտիվ բոֆային հիվանդություն (COPD) և ունեն բոֆային վերականգնողական ցուցում բրոնխի շնչառական հիվանդությունը բուժող բժշկի կողմից:

Այս նպաստի իրավասություն ունեցող մասնակիցների համար չկա համապատասխանություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար:


Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

 **Մերինինգ և խորհրդատվություն՝ ալկոհոլի չարահանումը նվազեցնելու համար**

Մենք հատուցում ենք ալկոհոլի չարահանման մեկ սերինինգի համար Medicare-ի այն մեծահասակների (այդ թվում՝ հղի կանանց համար) համար, ովքեր չարահանում են ալկոհոլը, բայց ալկոհոլային կախվածություն չունեն:

Ալկոհոլի չարահանման կանխարգելիչ նպաստը նվազեցնելու համար Medicare-ով ապահովագրված սերինինգի և խորհրդատվության համար չկա համապատասխանություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար:

Եթե ալկոհոլի չարահանման սերինինգի արդյունքները դրական են, կարող է ստանալ մինչև 4 կարգաժամ, տեստատ խորհրդատվական հանդիպում ամեն տարի (եթե ի վիճակի է և խորհրդատվության ժամանակ գտնվում է գիտակից վիճակում) որակավորված առաջնային բուժօգնության մատակարարի կամ պրակտիկանտի կողմից առաջնային խնամքի հաստատությունում:

 **Թոֆերի ֆաղցկեղի սերինինգ ցածր դեղաչափով համակարգչային սոնոգրաֆիայի (LDCT) միջոցով**

Համապատասխանող անձանց համար LDCT-ն հատուցվում է յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ:

Medicare-ով ապահովագրված խորհրդատվության և որոշումների համատեղ կայացման այցերի կամ LDCT-ի համար չկա համապատասխանություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար:

Իրավունակ անդամներ են. 50-77 տարեկան անձինք, ովքեր չունեն թոֆերի ֆաղցկեղի նշաններ կամ ակտանիզեր, սակայն ունեն ծխախոտ ծխելու առնվազն 20 վաթեք-տարի պատմություն և ներկայումս ծխում են կամ թողել են ծխելը վերջին 15 տարվա ընթացքում, ովքեր ստանում են թոֆերի ֆաղցկեղի սերինինգային խորհրդատվության և համատեղ որոշումների կայացման այցի ժամանակ LDCT գրավոր ցուցում, որը համապատասխանում է նման այցելությունների համար Medicare չափանիշներին և տրամադրվում է բժշկի կամ որակավորված ոչ բժիշկ պրակտիկանտի կողմից:

Թոֆերի ֆաղցկեղի սերինինգի համար LDCT նախնական LDCT սերինինգից հետո. անդամը պետք է ստանա թոֆերի ֆաղցկեղի LDCT սերինինգի գրավոր ցուցում, որը կարող է տրամադրվել բժշկի կամ որակավորված ոչ բժիշկ պրակտիկանտի հետ ցանկացած համապատասխան այցի ժամանակ: Եթե բժիշկը կամ որակավորված ոչ բժիշկ պրակտիկանտը որոշի թոֆերի ֆաղցկեղի հետագա սերինինգների համար LDCT-ով տրամադրել թոֆերի ֆաղցկեղի սերինինգային խորհրդատվություն և համատեղ որոշումների կայացման այց, այցը պետք է համապատասխանի նման այցելությունների համար Medicare-ի չափանիշներին:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում



Հեպատիտ C վիրուսային վարակի սբրինինգ

Մենք փոխհատուցում ենք հեպատիտ C-ի մեկ սբրինինգի համար, եթե առաջնային բուժօգնության բժիշկը կամ այլ որակավորված առողջապահական ծառայություն մատուցող պատվիրում է այն, և դուք համապատասխանում եք հետևյալ պայմաններից մեկին.

- Բարձր ռիսկի խմբում եք, քանի որ օգտագործում եք կամ օգտագործել եք ալոբրինի ներարկման թմրանյութեր:
- Արյան փոխներարկում եք ստացել մինչև 1992 թվականը:
- Ծնվել եք 1945-1965 թվականների միջակայքում:

Եթե դուք ծնվել եք 1945-1965 թվականների միջև և չեք համարվում բարձր ռիսկի խումբ, մենք կվճարենք մեկանգամյա սբրինինգի համար: Եթե դուք բարձր ռիսկի խմբում եք (օրինակ՝ շարունակել եք օգտագործել ալոբրինի ներարկման թմրանյութեր նախորդ հեպատիտ C-ի թեստի բացասական արդյունքից հետո), մենք կփոխհատուցենք տարեկան սբրինինգների համար:

Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող խորհրդատվության և որոշումների միասին կայացման այցերի համար չի գործում համապատասխանություն, համալնար կամ չնվազեցվող գումար:



Սեռական հանապարհով փոխանցվող վարակների (STI-ներ) սբրինինգ և STI-ների կանխարգելման խորհրդատվություն

Մենք հատուցում ենք էլամիդիայի, գոնորեայի, սիֆիլիսի և հեպատիտ B-ի սեռական հանապարհով փոխանցվող վարակների (STI) սբրինինգները: Այս սբրինինգները հատուցվում են հղի կանանց և STI-ի բարձր վտանգի խմբի որոշ անձանց համար, երբ հետազոտությունները նշանակվում են առաջնային բուժօգնության մատակարարի կողմից: Մենք հատուցում ենք այս հետազոտությունների համար յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ կամ հղիության որոշակի շրջանում:

Մենք նաև յուրաքանչյուր տարի վճարում ենք մինչև 2 անձի համար 20-30 րոպե դեմ առ դեմ, բարձր ինտենսիվությամբ վարքագծային խորհրդատվության սեանսի համար STI-ների բարձր վտանգի տակ գտնվող, սեռական ակտիվ կյանք վարող մեծահասակների համար: Մենք կհատուցենք այս խորհրդատվական հանդիպումների համար որպես կանխարգելիչ ծառայություն միայն այն դեպքում, եթե դրանք տրամադրվում են առաջնային բուժօգնության մատակարարի կողմից և տեղի են ունենում առաջնային խնամքի հաստատությունում, օրինակ՝ բժշկի գրասենյակում:

Medicare-ով ապահովագրված STI-ների սբրինինգի և STI-ների կանխարգելիչ նպաստների խորհրդատվության համար չկա համապատասխանություն, համալնար կամ չհատուցվող վճար:

Երիկամային հիվանդության բուժման ծառայություններ

Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են՝

- Երիկամային հիվանդության կրթական ծառայություններ, որոնք սովորեցնում են կատարել երիկամների խնամք և օգնում են անդամներին խնամքի վերաբերյալ ճիշտ որոշում կայացնել: IV փուլի բրոնիկ երիկամային հիվանդություն ունեցող անդամների համար, երբ ուղեգրում է բժիշկը, մենք հատուցում ենք կյանքի ընթացքի երիկամային հիվանդության վերաբերյալ կրթական ծառայությունների մինչև 6 հանդիպման համար:

Այս նպաստի համար համապատասխանություն, համալնար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ էֆ վճարում

Երկվաճային հիվանդության բուժման ծառայություններ (Շարունակություն)

- Ամբուլատոր դիալիզի բուժումներ (ներառյալ դիալիզի բուժումներ, երբ ժամանակավորապես սպասարկման տարածքից դուրս են գտնվում, ինչպես ներկայացված է Գլուխ 3-ում, կամ երբ ձեր մատակարարը ժամանակավորապես հասանելի չէ այս ծառայության համար)
- Դիալիզի ստացիոնար բուժման տեսակներ (եթե հոսպիտալացվում եֆ հատուկ բուժօգնություն ստանալու նպատակով)
- Ինֆուզիայի դիալիզ կատարելու ուսուցում (ներառյալ ուսուցումը ձեր և Տնային բուժսպասարկում դիալիզ կատարելու հարցում ձեզ օգնող յուրաքանչյուր անձի համար)
- Տանն անցկացվող դիալիզի սարքավորում և պարագաներ
- Տնային պայմանների որոշ օժանդակ ծառայություններ (ինչպես օրինակ, անհրաժեշտության դեպքում՝ դիալիզի վերապատրաստված աշխատակցի կողմից այցելություններ՝ Տնային բուժսպասարկում դիալիզի անցկացման ստուգման, արտակարգ իրավիճակներում օգնության և նաև ձեր դիալիզի սարքավորումների ու ջրադեղապաշարի ստուգման նպատակով):

Դիալիզի համար նախատեսված որոշ դեղեր փոխհատուցվում են Medicare Part B-ով: Եթե ցանկանում եֆ իմանալ, թե ինչ է փոխհատուցվում, անցեֆ **Medicare Part B-ի դեղերին** այս աղյուսակում:

Որակավորված բուժֆույրական խնամֆի հաստատության (SNF) կողմից տրամադրվող խնամֆ

(Որակավորված բուժֆույրական խնամֆի հաստատության կողմից տրամադրվող խնամֆի սահմանման համար տե՛ս այս փաստաթղթի Գլուխ 12 -ը: Որակավորված բուժֆույրական խնամֆի հաստատությունները հաճախ կոչվում են SNF-ներ):

Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով.

- Երկտեղանոց հիվանդասենյակ (կամ առանձին սենյակ, եթե բժշկական ցուցումներով պահանջված է)
- Ճաշեր, ներառյալ հատուկ սննդակարգեր
- Որակավորված բուժֆույրական ծառայություններ
- Ֆիզիոթերապիա, էրգոթերապիա և խոսֆի թերապիա
- Դեղեր, որ ստանում եֆ որպես ձեր խնամֆի պլանի մաս (ներառյալ օրգանիզմում ի սկզբանե առկա նյութերը, ինչպես օրինակ՝ արյան մակարդման գործոնները)
- Արյուն, ներառյալ՝ պահեստավորում և կառավարում: Ամբողջական արյան և խտացված կարմիր բջիջների փոխհատուցումը սկսվում է այն պահից, երբ ձեզ անհրաժեշտ է առաջին պինտ արյունը: Արյան մյուս բոլոր բաղադրիչները հատուցվում են՝ սկսած օգտագործած առաջին պինտից:
- Բժշկական և վիրաբուժական պարագաներ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են SNF-ների կողմից

Այս ծառայության համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:


Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում

Որակավորված բուժօգնության խնամքի հաստատության (SNF) կողմից տրամադրվող խնամք (ժառանգություն)

- Լաբորատոր հետազոտություններ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են SNF-ների կողմից
- Ռենտգեն և ռադիոլոգիական այլ ծառայություններ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են SNF-ների կողմից
- Սարքերի, ինչպես օրինակ՝ անվասայլակների օգտագործում, որոնք սովորաբար տրամադրվում են SNF-ների կողմից
- Բժշկի/Պրակտիկանտի ծառայություններ:

Սովորաբար, դուք կստանաք ձեր SNF խնամքը ցանցային հաստատություններից: Այնուամենայնիվ, ստորև քվարկված որոշակի պայմանների դեպքում հնարավոր է, որ վճարեք ցանցային ծախսերի բաժնիման չափով ոչ ցանցային մատակարարի հաստատության համար, եթե հաստատությունը ընդունում է մեր պլանի վճարումները:

- Ծերանոց կամ տարեցների ժառանգական խնամքի հաստատություն, որտեղ ապրում էիք անմիջապես նախքան հիվանդանոց տեղափոխվելը (քանի որ այն տրամադրում է որակավորված բուժօգնության խնամքի հաստատության խնամք)
- SNF, որտեղ ձեր անուսինը/կինը կամ գուզը/կերը ապրում է այն պահին, երբ դուք եք գալիս հիվանդանոցից:

 **Ծխելը և ծխախոտի օգտագործումը թողնելը (ծխելը կամ ծխախոտի օգտագործումը թողնելու խորհրդատվություն)**

Ծխելու և ծխախոտի օգտագործման դադարեցման խորհրդատվությունը փոխհատուցվում է արտահիվանդանոցային և հոսպիտալացված հիվանդների համար, որոնք համապատասխանում են հետևյալ չափանիշներին:

- Օգտագործում են ծխախոտ, անկախ նրանից՝ արդյոք առկա են ծխախոտի հետ կապված հիվանդության նշաններ կամ ախտանիշներ:
- Խորհրդատվության ընթացքում ունեն գիտակցություն և կարողություն մասնակցելու:
- Խորհրդատվությունը տրամադրում է որակավորված բժիշկ կամ Medicare-ի կողմից հանաչված այլ մասնագետ:

Մենք փոխհատուցում ենք տարեկան մինչև 2 դադարեցման փորձ (յուրաքանչյուր փորձ կարող է ներառել առավելագույնը 4 միջին կամ ինտենսիվ հանդիպում, և հիվանդը կարող է ստանալ մինչև 8 հանդիպում տարեկան):

Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ բրոնխի հիվանդությունների համար *

Եթե ձեզ մտ ախտորոշվել է ստորև նշված բրոնխի հիվանդությունը(ները) կամ հիվանդություններից որևէ մեկը և համապատասխանում եք որոշակի չափանիշների, կարող եք իրավունակ լինել բրոնխի հիվանդությունների համար հատուկ լրացուցիչ նպաստների:

Medicare-ով ապահովագրված ծխելը և ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու կանխարգելիչ նպաստների համար չկա համապատասխանություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար:

Ձեր նախապես ֆինանսավորված բարտի օգտագործման դեպքում համապատասխանություն կամ համավճար չկա:

Ապահովագրված ծառայություններ.	Ինչ է վճարում
-------------------------------	---------------

Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ բրոնխի հիվանդությունների համար * (շարունակություն)

- Սրտանոթային խանգարումներ
- Քրոնիկ սրտային անբավարարություն
- Դեմեցիա
- Շաֆարային դիաբետ
- Քրոնիկ թոֆային խանգարումներ
- Քրոնիկ երիկամային հիվանդություն (CKD)
- Քրոնիկ ալկոհոլի օգտագործման խանգարում և այլ նյութերի օգտագործման խանգարումներ (SUDs)
- Քաղցկեղ
- Իմունային համակարգի խանգարումներ
- Ավելորդ քառ, ճարպակալում և նյութափոխանակության համախտանիշ
- Քրոնիկ գաստրոէնտերոլոգիական հիվանդություն
- Ծանր հեմատոլոգիական խանգարումներ
- HIV/ AIDS
- Քրոնիկ և հաշմանդամություն առաջացնող հոգեկան առողջության խանգարումներ
- Նյարդաբանական խանգարումներ
- Ինսուլտ
- Օրգանի փոխպատվաստումից հետո վիճակ
- Իմունային անբավարարություն և իմունանհեռող խանգարումներ
- Գիտակցական խանգարումներով ուղեկցվող վիճակներ
- Ֆունկցիոնալ դժվարություններով պայմանավորված վիճակներ
- Քրոնիկ վիճակներ, որոնք խանգարում են տեսողությանը, լսողությանը (խլություն), համին, շոշափմանը և հոտառությանը
- Վիճակներ, որոնք պահանջում են շարունակական թերապևտիկ ծառայություններ՝ անձի ֆունկցիոնալ կարողությունները պահպանելու կամ վերականգնելու համար:

Դուք վճարում եք \$0 համավճար պլանով ապահովագրվող ոչ բժշկական տեղափոխության համար:

Կարող է պահանջվել խնամքի կառավարման ծրագրին մասնակցություն: Անդամները պետք է նաև ունենան բժշկի թույլտվություն՝ բժշկական պատմության մեջ տվյալների բացակայության պատճառով թեստավորման համար:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Մենք կօգնենք ձեզ օգտվել այս նպաստներից: Կարող եք գտնահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն կամ ձեր բուժխնամքի համակարգողին՝ ձեր հայտը ներկայացնելու կամ հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:

Նշում՝ այս նպաստը ստանալու հայտ ներկայացնելով՝ դուք թույլատրում եք Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) ներկայացուցիչներին ձեր դիմումի մեջ հստակորեն նշված եղանակներով՝ հեռախոսազանգի, փոստի միջոցով կամ հաղորդակցման այլ եղանակներով կապ հաստատել ձեզ հետ:

Հաստատումից հետո ձեր նախապես ֆինանսավորված ֆարսին յուրաքանչյուր ամիս ավտոմատ կերպով կփոխանցվի մինչև \$200 հատկացում, որը կօգտագործվի SSBCI-ի նպաստների համար: Յուրաքանչյուր ամսվա վերջում մնացած և չօգտագործած գումարը չի փոխանցվում հաջորդ ամսվան:

Սնունդ և մթերք

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ է վճարում

**Հատուկ լրացուցիչ նպաստներ բրոնխի հիվանդությունների համար *
(շարունակություն)**

Կարող եք օգտագործել ձեր նախապես ֆինանսավորված ֆարմը տարբեր ապրանքանիշային անվանումով և ջեներիկ առողջ սննդամթերք գնելու համար՝ ձեր մոտակայքում գտնվող տեղական խանութից կամ առցանց տուն առաքմամբ առանց հավելյալ ծախսերի՝ Members.NationsBenefits.com/Molina:

Համակցված հատկացումների մեջ ներառվող նպաստների և ծառայությունների ամբողջական ցանկին ծանոթանալու համար տե՛ս Նախապես ֆինանսավորված դերեռային ֆարմ բաժինը:

Ոչ բժշկական տեղափոխություն*

Ոչ բժշկական տեղափոխության նպատակով իրավունակ լինելու համար դուք պետք է ունենաք վերանշյալ ցուցակում ներկայացված բրոնխի վիճակներից մեկը կամ ավելին և մասնակցեք բուժխնամքի կառավարման ծրագրին: Ձեր խնամքի կառավարիչը կորոշի՝ արդյոք համապատասխանում եք այս նպաստին:

Դուք կարող եք օգտագործել ձեր՝ Տեղափոխման (հավելյալ սովորական) նպաստով փոխհատուցվող միակողմանի ուղևորությունների մինչև կեսը: Այս միակողմանի ուղևորությունները (մինչև 50 մղոն) նախատեսված են մթերային խանութներ, ֆիթնես ակումբներ և տարեցների կենտրոններ գնալու և այնտեղից վերադառնալու համար: Այս միակողմանի ուղևորությունները հաշվարկվում են ձեր՝ Տեղափոխում (հավելյալ սովորական) նպաստի համար նախատեսված 48 միակողմանի ուղևորությունների սահմանաչափի մեջ:

Ավելին իմանալու համար խնդրում ենք ծանոթանալ ստորև ներկայացված Տեղափոխում (հավելյալ սովորական) բաժնին:

Վերահսկվող մարզումային թերապիա (SET)

SET-ը հատուցվում է այն անդամների համար, ովքեր ունեն ակտանիշային ծայրամասային զարկերակների հիվանդություն (PAD):

Մինչև 36 սեանս 12 շաբաթվա ընթացքում, եթե SET ծրագրի բոլոր պահանջները բավարարված են:

SET ծրագիրը պետք է.

- Բաղկացած լինի 30-60 բույս տևողությամբ հանդիպումներից՝ կազմված թերապևտիկ վարժությունների-մարզման ծրագրից կազմություն ունեցող հիվանդների մոտ PAD-ի համար:
- Իրականացվի հիվանդանոցի ամբուլատոր հաստատությունում կամ բժշկի գրասենյակում:
- Մատուցվի որակավորված օժանդակ անձնակազմի կողմից, որը վստահեցնում է՝ օգուտները գերազանցում են վնասը, և որը վերապատրաստված է PAD-ի վարժությունների թերապիա իրականացնելու համար:

Այս նպաստի իրավունակ անդամների համար համապատասխանություն կամ համավճար չկա:

Կարող է պահանջվել նախնական հաստատում:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ էֆ վճարում

Վերահսկվող մարզումային թերապիա (SET) (շարունակություն)

- Լինի բժշկի, բժշկի օգնականի կամ բուժֆույր պրակտիկանտի/կլինիկական բուժֆույր անմիջական հսկողության ներքո, ով վերապատրաստվել են հիմնական և առաջադեմ կենսաապահովման մեթոդներով:

SET-ը կարող է հատուցվել լրացուցիչ 36 հանդիպումով 12 շաբաթվա ընթացքում 36-ից ավել հանդիպումից հետո երկար ժամանակահատվածում, եթե առողջապահական բուժօգնության մատակարարի կողմից համարվի բժշկական ցուցումներով պահանջված:

Տեղափոխություն՝ ոչ անհետաձգելի (լրացուցիչ)*

Դուք ստանում եք 48 միակողմանի ոչ շտապ տրանսպորտային ուղևորություններ դեպի պլանի կողմից հաստատված վայրեր պայմանագիր կնքած տրանսպորտային մատակարարների միջոցով՝ ցանցային մատակարարներից առողջապահական ծառայություններ ստանալու համար:

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավնար կամ չհատուցվող վնար չկա:

Մեկ ուղևորության համար գործում է 50 մղոն սահմանափակում: Տրանսպորտի մատչելի եղանակները ներառում են տաֆսի, ֆուրգոն, բժշկական տրանսպորտ կամ ֆանապարհածախսը կիսելու եղանակը:

Հասանելիությունն ապահովելու համար փոխադրումը պետք է պլանավորվի նեանակված տեսակցությունից առնվազն 2 աշխատանքային օր առաջ:

Խնդրում եմ կապ հաստատել Անդամների սպասարկման ծառայության հետ (հեռախոսահամարները տպված են այս փաստաթղթի հետևի կազմին)՝ տեսակցություն նեանակելու համար:

Ձեզարկումների դեպքում պետք է տեղեկացնել Անդամների սպասարկման ծառայությանը՝ ուղևորության օրվանից առնվազն 24 ժամ առաջ, որպեսզի ձեր տրանսպորտային նպաստից գումարը չհաշվարկվի:

Շտապ անհրաժեշտ ծառայություններ

Անհապաղ բժշկական ուժադրություն պահանջող, սակայն ոչ անհետաձգելի իրավիճակ համարվող պլանով հատուցվող ծառայությունը համարվում է հրատապ անհրաժեշտ ծառայություն, եթե ժամանակավորապես գտնվում եք պլանի սպասարկման տարածքից դուրս, կամ նույնիսկ եթե գտնվում եք պլանի սպասարկման տարածքում, ձեր ժամանակի, վայրի և հանգամանքների նկատառումով խելամիտ չէ ստանալ այս ծառայությունը պլանի հետ պայմանագիր ունեցող ցանցային մատակարարներից: Ձեր պլանը պետք է հատուցի շտապ անհրաժեշտ ծառայությունները և գանձի միայն ցանցային ծախսերի մասնաբաժնի համար: Շտապ անհրաժեշտ ծառայությունների օրինակները անկանխատեսելի հիվանդությունները և վնասվածքներն են կամ գոյություն ունեցող հիվանդությունների անսպասելի սրացումները: Այնուամենայնիվ, բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ընթացիկ մատակարարների այցելությունները (ինչպիսիք են տարեկան ստուգումները) հրատապ չեն համարվում, նույնիսկ եթե դուք գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս կամ ծրագրի ցանցը ժամանակավորապես անհասանելի է:

Այս նպաստի համար համապահովագրություն, համավնար կամ չհատուցվող վնար չկա:

Ապահովագրված ծառայություններ. Ինչ էֆ վճարում

Շտապ անհրաժեշտ ծառայություններ (շարունակություն)

Միացյալ Նահանգների (ԱՄՆ) սահմաններից դուրս հրատապ անհրաժեշտ բուժօգնությունը կարող է հատուցվել համընդհանուր ընդունելի անհետաձգելի/հրատապ խնամֆի բուժօգնության ապահովագրության նպաստի շրջանակում: Մենք ամեն օրացուցային տարի առաջարկում ենք մինչև **\$50,000** համընդհանուր ընդունելի անհետաձգելի դեպքերի ապահովագրություն՝ անհետաձգելի տեղափոխման, հրատապ բուժօգնության, շտապ օգնության և կայունացման հետագա խնամֆի համար: Տե՛ս այս աղյուսակում «Համընդհանուր ընդունելի անհետաձգելի/հրատապ օգնության ապահովագրություն» բաժինը՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

 **Տեսողության խնամֆ (Medicare-ով ապահովագրված)**

Փոխհատուցվող ծառայությունները ներառում են՝

- Ամբուլատոր բժշկական ծառայություններ աչքի հիվանդությունների և վնասվածքների ակտորոշման և բուժման համար, այդ թվում՝ տարիքային դեղին բծի դիստրոֆիայի բուժումը: **Original Medicare** պլանը չի հատուցում ակնոցների/կոնտակտային ոսպնյակների համար նախատեսված աչքի պլանային հետազոտությունների (աչքի ռեֆրակցիաներ) համար:
- Գլաուկոմայի բարձր վտանգի խմբում գտնվող մարդկանց համար մենք հատուցում ենք գլաուկոմայի տարեկան մեկ սֆրինինգի համար: Գլաուկոմայի բարձր ռիսկային խմբում են՝ գլաուկոմայի ընտանեկան պատմություն ունեցող անձինք, շաքարային դիաբետով բուժառուները, **50** տարեկան և ավելի բարձր տարիքի աֆրոամերիկացիները և **65** տարեկան և ավելի բարձր տարիքի լատինոամերիկացիները:
- Շաքարային դիաբետով մարդկանց համար դիաբետիկ ռետինոպաթիայի սֆրինինգը տարեկան մեկ անգամ է հատուցվում:
- Ներակնային ոսպնյակի տեղադրում ներառող կատարակտի յուրաքանչյուր վիրահատությունից հետո մեկ գույգ ակնոց կամ կոնտակտային ոսպնյակ: Եթե ունեք կատարակտի **2** առանձին վիրահատություն, չեֆ կարող պահպանել նպաստը առաջին վիրահատությունից հետո և գնել **2** ակնոց երկրորդ վիրահատությունից հետո:

Այս նպաստի իրավասություն ունեցող մասնակիցների համար չկա համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար:

Տեսողության խնամֆ (լրացուցիչ) *

Մենք համագործակցություն ենք հաստատել տեսողության հետ կապված ծառայություններ մատուցող մատակարարների հետ՝ ձեր սովորական ակնբուժական կարիքների համար ձեզ ավելի մեծ արժեք տրամադրելու նպատակով:

Այս նպաստի համար համապահովագրություն կամ համավճար չկա:

Տեսողության լրացուցիչ ծառայությունները հատուցվում են, սակայն չեն սահմանափակվում հետևյալով.

Ապահովագրությունը ներառում է.

- Աչքի մեկ պլանային ստուգում յուրաքանչյուր օրացուցային տարի
- Ակնոցների համար նպաստ:

Ապահովագրված ծառայություններ. **Ինչ է վճարում**

Տեսողության խնամք (լրացուցիչ) * (շարունակություն)

Կարող եք օգտագործել ձեր՝ \$300 ակնոցների համար նպաստը հետևյալը գնելու համար՝

- Կոնտակտային ոսպնյակներ*
- Ակնոցներ (ոսպնյակներ և շքանակներ)
- Ակնոցի ոսպնյակներ և/կամ շքանակներ

*Եթե ընտրում եք կոնտակտային ոսպնյակներ, ձեր ակնոցների համար նպաստը կարող է օգտագործվել նաև ձեր կոնտակտային ոսպնյակների տեղադրման վճարի ամբողջական կամ մասնակի վճարման համար: Դուք պատասխանատու եք վճարել ցանկացած ուղղիչ ակնոցի համար, որը գերազանցում է պլանի՝ ակնոցների համար նպաստի սահմանաձայնը:

\$0 համավճար՝ ակնոցի նշանակման նպատակով յուրաքանչյուր օրացուցային տարի մինչև մեկ պլանային հետազոտության (և ռեֆրակցիայի) համար:

 **Welcome to Medicare կանխարգելիչ այց**

Պլանը հատուցում է մեկանգամյա **Welcome to Medicare** կանխարգելիչ այցի համար: Այցը ներառում է ձեր առողջական վիճակի վերանայում, ինչպես նաև կրթություն և խորհրդատվություն ձեզ անհրաժեշտ կանխարգելիչ ծառայությունների համար (այդ թվում՝ որոշ սֆրիլինգներ և պատվաստումներ կամ պատվաստանյութեր), ինչպես նաև անհրաժեշտության դեպքում այլ խնամքի ուղեգրեր:

Կարևոր. մենք հատուցում ենք «Welcome to Medicare» կանխարգելիչ այցի համար միայն առաջին 12 ամիսների ընթացքում, երբ ունեք **Medicare Part B**: Երբ նշանակեք ձեր այցը, տեղեկացրեք ձեր բժշկի գրասենյակում, որ ցանկանում եք պլանավորել ձեր «Welcome to Medicare» կանխարգելիչ այցը:

Ամբողջ աշխարհում անհետաձգելի/հրատապ խնամքի ապահովագրություն (կրացուցիչ) *

Որպես հավելյալ նպաստ՝ ձեր ապահովագրությունը ներառում է մինչև \$50,000 յուրաքանչյուր օրացուցային տարի՝ Միացյալ Նահանգների (ԱՄՆ) սահմաններից դուրս համընդհանուր ընդունելի անհետաձգելի/հրատապ բուժօգնության համար:

Այս նպաստը սահմանափակվում է այնպիսի ծառայություններով, որոնք կրասակարգվել են որպես անհետաձգելի կամ հրատապ բուժօգնություն, եթե օգնությունը տրամադրվի ԱՄՆ-ում: Համընդհանուր ապահովագրությունը ներառում է անհետաձգելի կամ հրատապ բուժօգնություն, շտապ օգնության մեկենայով շտապ տեղափոխում շտապ օգնության վայրից մինչև մոտակա բժշկական հաստատություն և կայունացումից հետո խնամք:

Շտապ օգնության մեկենայով տեղափոխման ծառայությունները հատուցվում են այն իրավիճակներում, երբ որևէ այլ եղանակով շտապ օգնության բաժանմունք հասնելը կարող է վտանգել ձեր առողջությունը:

Welcome to Medicare կանխարգելիչ այցի համար համապահովագրություն, համավճար կամ չհատուցվող վճար չկա:

Այս նպաստի համար համապահովագրություն կամ համավճար չկա:

Եթե շտապ օգնություն եք ստանում ԱՄՆ-ից դուրս և ստացիոնար բուժապասարկման կարիք ունեք շտապ օգնություն պահանջող վիճակի կայունացումից հետո, ապա պետք է վերադառնաք ցանցային հիվանդանոց, որպեսզի ձեր բուժապասարկումը շարունակվի

Ապահովագրված ծառայություններ.	Ինչ է վճարում
<p>Ամբողջ աշխարհում անհետաձգելի/հրատապ խնամքի ապահովագրություն (լրացուցիչ) * (Շարունակություն)</p> <p>Երբ նման իրավիճակներ տեղի ունենան, խնդրում ենք, որ դուք կամ ձեր մասին հոգ տանող անձը զանգահարի մեզ: Մենք կվորձենք կազմակերպել այնպես, որ ցանցային մատակարարները ստանձնեն ձեր խնամքը ձեր առողջական վիճակի և հանգամանքների թույլատրելի լինելու դեպքում:</p> <p>Այլ երկրից ԱՄՆ վերադարձը չի փոխհատուցվում: Պլանային բուժապասարկումը և նախապես պլանավորված կամ ընտրովի բուժօգնությունները չեն փոխհատուցվում:</p> <p>Օտարերկրյա հարկերը և վճարները (այդ թվում՝ տարադրամի փոխարկման համար վճարներով կամ գործարքի միջնորդավճարներով) չեն փոխհատուցվում:</p> <p>ԱՄՆ նշանակում է 50 նահանգները, District of Columbia-ն, Puerto Rico-ն, Virgin Islands-ը, Guam-ը, Northern Mariana Island-ը և American Samoa-ն:</p>	<p>Փոխհատուցվել ԿԱՄ պետք է ձեր ստացիոնար բուժապասարկումը ստանալ պլանի կողմից հաստատված արտացանցային հիվանդանոցում: Ձեր ծախսը կկազմի այն մասնաբաժինը, որը դուք կվճարեք ցանցային հիվանդանոցում: Կիրառվում է պլանի առավելագույն չափ:</p> <p>Կարող է անհրաժեշտ լինել, որ ներկայացնեք պահանջ ԱՄՆ-ից դուրս ստացած անհետաձգելի/հրատապ բուժօգնության փոխհատուցման համար:</p> <p>Այս նպաստի համար կիրառվում է պլանի առավելագույնը \$50,000 յուրաքանչյուր օրացուցային տարվա համար:</p>

ԲԱԺԻՆ 3 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ից դուրս փոխհատուցվող ծառայություններ

Որպես պլանի անդամ՝ դուք ունեք ապահովագրություն Medicare-ի խնայողական ծրագրի շրջանակում: Medicare խնայողական ծրագրին օգնում է սահմանափակ եկամուտ ունեցող մարդկանց Medicare-ի ծախսերի, ինչպես օրինակ՝ ապահովագրավորների կամ ծախսերի մասնաբաժնի հետ կապված հարցերում: Այս Medicare ծախսերի հետ կապված օգնությունը կախված է ձեր օգնության մակարդակից: Վերանայեք Գլուխ 2, Բաժին 6-ի աղյուսակը՝ ձեր հատուկ ապահովագրության համար: Ումանց համար Medicaid-ը տրամադրում է լրացուցիչ օգնություն լրացուցիչ նպաստներով:

Medicaid-ի հետ կապված օգնության համար կարող եք կապ հաստատել Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) Անդամների սպասարկման ծառայության հետ: Մենք ուրախ կլինենք օգնել ձեզ կարգավորել դա: Կարող եք նաև կապ հաստատել անմիջապես California Medicaid-ի հետ: Կարող եք գտնել California Department of Health Care Services մասին կոնտակտային տվյալներ Գլուխ 2, Բաժին 6-ում:

ԲԱԺԻՆ 4 Ծառայություններ, որոնք չեն փոխհատուցվում մեր պլանի միջոցով

Այս բաժինը ներկայացնում է, թե որ ծառայություններն են բացառված:

Ստորև աղյուսակում նկարագրված են որոշ ծառայություններ և ապրանքներ, որոնք որևէ պայմանով չեն փոխհատուցվում մեր պլանով կամ փոխհատուցվում են պլանով միայն հատուկ պայմաններով:

Եթե ստանում եք բացառված (չհատուցվող) ծառայություններ, պետք է ինքներդ վճարեք այդ ծառայությունների համար, բացառությամբ ստորև նշված հատուկ պայմանների դեպքում: Նույնիսկ եթե ստանում եք բացառված ծառայություններ շտապ օգնության հաստատությունում, բացառված ծառայությունները դեռևս չեն հատուցվում, և մեր պլանը չի վճարի այդ ծառայությունների համար: Միակ բացառությունն է՝ եթե ծառայության համար բողոքարկե՞ն և որոշվի՝ բողոքարկումից հետո պետք է համարվի բժշկական ծառայություն, որի համար մենք պետք է վճարած լինե՞ինք կամ հատուցե՞ինք ձեր հատուկ իրավիճակի պատճառով: (Բժշկական ծառայության համար չհատուցելու վերաբերյալ մեր կայացրած որոշումը բողոքարկելու մասին տեղեկությունների համար վերանայե՛ք սույն վաստաթղթի Գլուխ 9, բաժին 6.3-ը):

Ծառայություններ, որոնք չեն ապահովագրվում Medicare-ով	Հատուցվում է միայն հատուկ պայմաններով
<p>Կոսմետիկ վիրահատություն կամ պրոցեդուրաներ</p>	<p>Հատուցվում է պատահարից ստացած վնասվածքի կամ մարմնի ձևավորված մասի աշխատանքի բարելավման դեպքում:</p> <p>Հատուցվում է մասնակցումիայից հետո կրճֆի վերականգնման բոլոր փուլերի համար, ինչպես նաև չվնասված կրճֆի համար՝ սխիզոֆրենիայի տեսքով ստանալու համար:</p>
<p>Խնամակալական խնամք</p> <p>Խնամակալական խնամքը անձնական խնամք է, որը չի պահանջում որակավորված բժշկական կամ պարամեդիկ անձնակազմի շարունակական ուժադրությունը, այն է՝ խնամք է, երբ օգնում են ձեզ առօրյա կյանքի գործողություններում, ինչպես օրինակ՝ լոգանքի կամ հագնվելու հարցում:</p>	<p>Ձի հատուցվում ոչ մի պայմանով</p>
<p>Փորձարարական բժշկական և վիրաբուժական պրոցեդուրաներ, սարքավորումներ և դեղորայքներ</p> <p>Փորձարարական պրոցեդուրաները և ապրանքները Original Medicare-ի կողմից որոշվել են որպես բժշկական համայնքի կողմից ընդհանուր առմամբ չընդունված:</p>	<p>Կարող է ապահովագրվել Original Medicare-ի կողմից Medicare-ով հաստատված կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրության կամ մեր ծրագրի շրջանակում:</p> <p>(Տե՛ս Գլուխ 3, Բաժին 5-ը՝ կլինիկական գիտական հետազոտությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար):</p>
<p>Ձեր հարազատներից կամ տան անդամներից գանձված վճարներ</p>	<p>Ձի հատուցվում ոչ մի պայմանով</p>
<p>Լքիվ դրույքով բուժֆույրական խնամք տնային պայմաններում</p>	<p>Ձի հատուցվում ոչ մի պայմանով</p>
<p>Տնային տնտեսուհու ծառայությունները ներառում են տնային տնտեսության հիմնական օգնություն, ներառյալ՝ թեթև տնային</p>	<p>Ձի հատուցվում ոչ մի պայմանով</p>

Ծառայություններ, որոնք չեն ապահովագրվում Medicare-ով	Հատուցվում է միայն հատուկ պայմաններով
գործեր կամ թերևս կերակուրի պատրաստում:	
Նատուրոպաթի ծառայություններ (բնական կամ այլընտրանքային բուժման օգտագործում)	Չի հատուցվում ոչ մի պայմանով
Օրթոպեդիկ կոճիկներ կամ ոտների համար օժանդակ սարքեր	Օրթոպեդիկ կոճիկներ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ կոճիկները ոտի ամրացման մաս չեն կազմում և ներառված չեն ոտի կարստի արժեքի մեջ, կամ կոճիկները նախատեսված են դիաբետիկ ոտնաթաթի հիվանդությամբ տառապող անձանց համար:
Հիվանդանոցի կամ որակավորված բուժօգնության խնամքի հաստատության սենյակում գտնվող անձնական պարագաներ, ինչպիսիք են՝ հեռախոսը կամ հեռուստացույցը	Չի հատուցվում ոչ մի պայմանով
Առանձին սենյակի հիվանդանոցում	Ապահովագրվում է միայն բժշկական ցուցումներով պահանջված դեպքում
Ստերիլիզացման ընթացակարգերի և/կամ առանց դեղատոմսի հակաբեղմնավորիչ միջոցների չեղարկում	Չի հատուցվում ոչ մի պայմանով
Ճառագայթային կերատոտոմիա, LASIK վիրահատություն և թույլ տեսողության օժանդակ միջոցներ	Այս պլանն առաջարկում է տեսողության լրացուցիչ ապահովագրություն: Տե՛ս «Տեսողության խնամք» Նպաստի աղյուսակում, այս Գլխիկի Բաժին 2.1-ը՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:
Ոտների պլանային խնամք	Որոշ սահմանափակ ապահովագրություն՝ Medicare-ի ուղեցույցների համաձայն (օրինակ՝ եթե ունեք շաքարային դիաբետ)
Ոչ խելամիտ և ոչ անհրաժեշտ համարվող ծառայություններ՝ համաձայն Original Medicare չափանիշների	Չի հատուցվում ոչ մի պայմանով

ԳԼՈՒԽ 5:

Ինչպես օգտագործել պլանի ծածկույթը D մասի դեղերի համար



Ինչպե՞ս կարող եմ տեղեկություններ ստանալ ձեր դեղերի արժեքների մասին:

Քանի որ դուք իրավունակ եմ միանալու Medicaid-ին, ապա ստանում եմ «Extra Help» Medicare-ի կողմից, որն օգնում է վճարել դեղատոմսային դեղերի պլանի համար: Քանի որ դուք օգտվում եմ “Extra Help” ծրագրից, **Ապահովագրության վկայագրի մեջ առկա Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի արժեքների մասին որոշակի տեղեկատվություն հնարավոր է ձեզ չվերաբերի:** Մենք ձեզ ուղարկել ենք առանձին ներդիր, որը կոչվում է *Ապահովագրության վկայագիր այն մարդկանց համար, որոնք կրացուցիչ օգնություն են ստանում դեղատոմսով տրվող դեղերի համար վճարելու նպատակով* (նաև հայտնի է որպես *Ցածր եկամուտ ունեցողների լրավարի պայմաններ կամ LIS Rider*), որը տեղեկացնում է ձեզ ձեր դեղերի ծածկույթի մասին: Եթե դուք չունեք այս ներդիրը, գտնեք Անդամների սպասարկման ծառայություն և խնդրեք ուղարկել LIS Rider-ը: (Անդամների սպասարկման ծառայության հեռախոսահամարները տպագրված են այս փաստաթղթի հետևի շապիկին):

ԲԱԺԻՆ 1 Պլանի Մաս D-ի դեղերի ծածկույթի հիմնական կանոններ

Medicare Part B-ի դեղերի և հոսպիտալին դեղերի ապահովագրական ծածկույթի համար խնդրում ենք տեսնել 4-րդ Գլխի Բժշկական նպաստի աղյուսակը:

Medicare-ի կողմից ապահովագրված դեղերից բացի, որոշ դեղատոմսային դեղեր ապահովագրված են ձեր Medicaid-ի ապահովագրության շրջանակներում:

Medicaid-ի դեղերի ապահովագրական ծածկույթի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար պետք է կապվեք Անդամների սպասարկման ծառայության կամ ձեր նահանգային Medicaid գրասենյակի հետ (կոնտակտային տվյալները նշված են Գլուխ 2-ի Բաժին 6-ում):

Պլանը, ընդհանուր առմամբ, կհատուցի ձեր դեղամիջոցների համար, եթե հետևեք այս հիմնական կանոններին.

- Ձեզ անհրաժեշտ է մատակարար (բժիշկ, ատամնաբույժ կամ այլ նշանակող), ով ձեզ համար վավեր դեղատոմս դուրս կգրի՝ համաձայն նահանգային գործող օրենսդրության:
- Ձեր դեղորայք նշանակողը չպետք է լինի Medicare-ի բացառման կամ արգելման ցուցակներում:
- Ընդհանուր առմամբ, դուք պետք է օգտագործեք ցանցային դեղատուն՝ ձեր դեղատոմսը ստանալու համար (տես Բաժին 2) կամ կարող եմ օգտվել մեր պլանի փոստային պատվերի ծառայությունից՝ դեղատոմսը լրացնելու համար):
- Ձեր դեղերը պետք է լինեն պլանի դեղերի ցանկում (Անցեք բաժին 3):
- Ձեր դեղը պետք է օգտագործվի բժշկական տեսանկյունից ընդունված ցուցմանը համապատասխան: Սա նշանակում է, որ դեղի կիրառումը հաստատված է ինչպես անդի և դեղամիջոցների վերահսկողության վարչության (FDA) կողմից, այնպես էլ՝ դեղամիջոցների վերաբերյալ տրված որոշ բժշկական հղումներում: (Տես 3-րդ Գլուխը, բժշկական ցուցումներով ընդունելի լինելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:)
- Ձեր դեղը կարող է պահանջել հաստատում մեր պլանի կողմից՝ որոշ չափանիշների հիման վրա, նախքան այն փոխհատուցելը: (Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես Բաժին 4):

ԲԱԺԻՆ 2 Լրացրե՛ք ձեր դեղատոմսը ցանցային դեղատանը կամ պլանի փոստային պատվերի ծառայության միջոցով:

Հիմնականում ձեր դեղատոմսերը հատուցվում են միայն այն դեպքում, եթե դուք ես գրվել մեր պլանի ցանցային դեղատաներում: (Տե՛ս Բաժին 2.5-ը՝ ցանցից դուրս դեղատաներում դուրս գրված դեղատոմսերի համար մեր կողմից հատուցման վերաբերյալ տեղեկությունների համար):

Ցանցայինը այն դեղատունն է, որը պլանի շրջանակում ունի պայմանագիր ձեր ապահովագրված դեղերի տրամադրման համար: «Ապահովագրված դեղեր» եզրույթը նշանակում է պլանի Դեղերի ցանկում առկա Մաս D-ի բոլոր դեղատոմսային դեղերը:

ԲԱԺԻՆ 2.1 Ցանցային դեղատուն

Ինչպես գտնել ցանցային դեղատուն ձեր տարածքում

Ցանցային դեղատուն գտնելու համար կարող եք փնտրել ձեր *Մատակարարների/Դեղատների տեղեկատուի մեջ*, այցելել մեր կայք (centralhealthplan.com) և/կամ գանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427:

Դուք կարող եք օգտվել մեր ցանցային դեղատներից յուրաքանչյուրից:

Ի՞նչ անել, եթե ձեր դեղատունը դուրս է գալիս ցանցից

Եթե ձեր օգտված դեղատունը դուրս է գալիս պլանի ցանցից, պետք է գտնե՛ք ցանցային մեկ այլ դեղատուն: Ձեր տարածքում նոր դեղատուն գտնելու համար կարող եք դիմել Անդամների սպասարկման ծառայության կամ օգտվել *Դեղատների տեղեկատուից*: Կարող եք նաև տեղեկություն գտնել մեր կայքում՝ centralhealthplan.com:

Մասնագիտացված դեղատուն.

Որոշ դեղատոմսեր պետք է դուրս գրվեն մասնագիտացված դեղատան կողմից: Մասնագիտացված դեղատները ներառում են՝

- Դեղատներ, որոնք մատակարարում են դեղեր տնային ինֆուզիոն թերապիայի համար:
- Դեղատներ, որոնք մատակարարում են դեղեր երկարաժամկետ խնամքի (LTC) հաստատության բնակիչներին: Սովորաբար LTC հաստատությունը (ինչպես օրինակ՝ ծերանոցը) ունի իր սեփական դեղատունը: Եթե դժվարանում եք ստանալ ձեր Մաս D-ի դեղերը LTC-ում, խնդրում ենք կապ հաստատել Անդամների սպասարկման ծառայության հետ՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողներին խնդրում ենք գանգահարել 711):
- Դեղատներ, որոնք ծառայում են Հնդկական առողջապահական ծառայությունը / Ցեղային / Urban Indian Health Program (հասանելի չէ Puerto Rico-ում): Բացառությամբ անհետաձգելի իրավիճակների, միայն բնիկ ամերիկացիները կամ Alaska-ի բնիկները կարող են օգտվել մեր ցանցի այս դեղատներից:
- Դեղատներ, որոնք FDA-ի կողմից որոշակի վայրերում սահմանափակված դեղեր են տրամադրում կամ որոնք պահանջում են պահպանման հատուկ պայմաններ, մատակարարների համակարգում կամ ուսուցում դրանց պատշաճ օգտագործման վերաբերյալ: Մասնագիտացված դեղատուն գտնելու համար տեսե՛ք ձեր *Դեղատների տեղեկատուն* կամ գանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողներին խնդրում ենք գանգահարել 711):

ԲԱԺԻՆ 2.2 Մեր պլանի փոստային պատվերների ծառայություն

Որոշ տեսակի դեղերի համար կարող եք օգտվել պլանի ցանցային փոստային պատվերի ծառայությունից: Ընդհանուր առմամբ, փոստային պատվերով տրամադրվող դեղերը բրանիկ կամ երկարատև առողջական վիճակի դեպքում պարբերաբար ընդունվող դեղերն են: Այն դեղերը, որոնք հասանելի չեն պլանի փոստային պատվերի ծառայության միջոցով, «Դեղերի ցանկում» նշված են որպես «NM»՝ Առանց փոստային պատվերի:

Մեր պլանի փոստային պատվերի ծառայությունը թույլ է տալիս պատվիրել **մինչև 100 օրվա պաշար**:

Պատվերի ձևաթղթերի և փոստի միջոցով դեղատոմսային դեղեր ստանալու վերաբերյալ տեղեկությունների համար գանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն կամ այցելե՛ք վեբկայք centralhealthplan.com:

Սովորաբար փոստային պատվերով դեղատոմսից պատվերը ձեզ կհասնի 14 օրից ոչ ավել ժամանակահատվածում: Եթե շտապ անհրաժեշտություն կա, կամ նշված ժամկետը հետաձգվում է, գանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայությանը՝ ձեր ժամանակավոր դեղապաշարը ստանալու հարցում օգնության համար:

Նոր դեղատոմսեր, որոնք դեղատոմսը ստանում է անմիջապես ձեր բժշկի գրասենյակից:

Երբ դեղատոմսը ստանում է դեղատոմս բուժօգնության մատակարարից, ձեզ հետ կապ կհաստատի՝ պարզելու, թե արդյո՞ք ցանկանում ե՞ք դեղամիջոցի դուրսգրումն անմիջապես կամ ավելի ուշ: Կարևոր է, որ ամեն անգամ պատասխանե՛ք դեղատոմսի գանգի, որպեսզի տեղեկանան նոր դեղատոմսի առաժնային, հետաձգման կամ դադարեցման մասին:

Փոստային պատվերով ստացած դեղատոմսերի պաշարի համալրում: Ձեր դեղերի համալրման համար ունե՛ք հնարավորություն գրանցվել ավտոմատ համալրման ծրագրին: Այս ծրագրի շրջանակներում մե՛նք կսկսե՛ք մշակել ձեր հաջորդ ավտոմատ համալրումը, երբ մեր գրառումներում երևա, որ ձեր դեղի պաշարը սպառվում է: Դեղատոմսը կապ կհաստատի ձեզ հետ մինչ ամեն համալրում ուղարկելը, որպեսզի վստահ լինի՝ ավելի շատ դեղորայքի կարիք ունե՛ք, և կարող ե՞ք չդեղարկել պլանավորված համալրումները, եթե դեղորայքը բավականացնում է, կամ եթե ձեր դեղամիջոցը փոխվել է:

Եթե որոշե՛ք չօգտվել մեր ավտոմատ համալրման ծրագրից, սակայն դեռևս ցանկանում ե՞ք, որ փոստային պատվերով դեղատոմսը ձեզ ուղարկի դեղատոմսը, կապ հաստատե՛ք ձեր դեղատոմսի հետ ձեր ներկայիս դեղատոմսի ժամկետը լրանալուց 14 օր առաջ: Ինչը կապահովի, որ ձեր պատվերը ժամանակին կհասնի ձեզ:

Փոստային պատվերով ավտոմատ համալրման մեր ծրագրից հրաժարվելու համար գանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն կամ այցելե՛ք նշված հղումով մեր կայքը՝ centralhealthplan.com:

Եթե փոստով ստանա՞ք ծանուցում ավտոմատ համալրման համար, որը չէ՛ք ցանկանում, կարող ե՞ք իրավունակ լինել գումարի վերադարձի համար:

ԲԱԺԻՆ 2.3 Ինչպես կարող ե՞ք ստանալ երկարաժամկետ դեղապաշար

Երբ ստանա՞ք դեղամիջոցների երկարաժամկետ պաշար, ձեր ծախսերի մասնաբաժինը կարող է ավելի ցածր լինել: Պլանն առաջարկում է 2 եղանակ մեր պլանի Դեղերի ցանկի օժանդակ դեղերի երկարաժամկետ պաշար (նաև կոչվում է տևական պաշար) ստանալու համար: (Օժանդակ դեղերը բրոնխի կամ երկարատև առողջական վիճակի դեպքում պարբերաբար ընդունվող դեղերն են):

1. Մեր ցանցի **որոշ մանրածախ դեղատոմսային ընկերություններ** թույլ են տալիս ձեզ ստանալ օժանդակ դեղերի երկարաժամկետ պաշար: Ձեր *Դեղատոմսերի տեղեկատու*ն ներկայացնում է, թե մեր ցանցի որ դեղատոմսերը կարող են տրամադրել ձեզ օժանդակ դեղերի երկարաժամկետ պաշար: Ջանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները՝ 711) լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար:
2. Կարող ե՞ք նաև ստանալ օժանդակ դեղեր մեր փոստային պատվերի ծրագրի միջոցով: Տե՛ս Բաժին 2.3-ը լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

ԲԱԺԻՆ 2.4 Ինչպես օգտվել մեր պլանի արտացանցային դեղատոմսից

Սովորաբար, մե՛նք վճարում ենք արտացանցային դեղատոմսը ձեռք բերված դեղերի համար *միայն*, եթե չե՛ք կարող օգտվել ցանցային դեղատոմսից: Մե՛նք նաև ունե՛ք մեր սպասարկման տարածքից դուրս գտնվող ցանցային դեղատոմսեր, որտեղ ձեզ համար՝ որպես մեր պլանի անդամ, կարող են դեղատոմսեր դուրս գրել: **Մոտակա ցանցային դեղատոմս գտնելու համար նախ գանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայությանը՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողներին խնդրում ենք գանգահարել 711):**

Մենք ապահովագրում ենք ցանցից դուրս դեղատոմսերում դուրս գրված դեղատոմսերը միայն սահմանափակ դեպքերում:

- Եթե դեղատոմսը կապված է հրատապ անհրաժեշտ խնամքի հետ
- Եթե այս դեղատոմսերը կապված են շտապ բուժօգնության ժամանակ տրամադրվող խնամքի հետ
- Ապահովագրությունը կսահմանափակվի **31**-օրյա պաշարի մատակարարմամբ՝ բացառությամբ, եթե դեղատոմսը դուրս գրված չէ ավելի քան 31 օրյա պաշարի մատակարարման համար:

Եթե պետք է օգտվեք ցանցից դուրս դեղատոմսից, ընդհանուր առմամբ, պետք է վճարեք ամբողջ արժեքը (այլ ոչ թե ձեր ծախսերի սովորական մասնաբաժինը) դեղատոմսի դուրսգրման պահին: Դուք կարող եք դիմել մեզ, որպեսզի մենք հետ վճարենք ձեր դեղի ծախսի մեր մասը: (Գլխիկ 7, Բաժին 2-ում ներկայացվում է, թե ինչպես դիմել պլանին ձեր վստահատուցելու համար): Հնարավոր է, ձեր ցանցից պահանջվող վճարել ցանցից դուրս դեղատոմսից և մեր կողմից հատուցվող ցանցային դեղատոմսից ձեռք բերված դեղերի արժեքների միջև տարբերությունը:

ԲԱԺԻՆ 3 Զեր դեղերը պետք է լինեն պլանի դեղերի ցանկում

ԲԱԺԻՆ 3.1 Դեղերի ցանկը ներկայացնում է, թե Մաս D-ի որ դեղամիջոցներն են հատուցվում

Պլանում կա *Ապահովագրված դեղերի ցուցակ* (Դեղաբանական տեղեկատու): Սույն *Ապահովագրության վկայագրի* մեջ **մենք այն կրճատ անվանում ենք Դեղերի ցանկ:**

Այս ցանկում ներառված դեղերն ընտրվում են մեր պլանի կողմից՝ բժիշկների և դեղագործների օգնությամբ: Ցանկը համապատասխանում է Medicare-ի պահանջներին և հաստատվել է Medicare-ի կողմից:

«Դեղերի ցանկ»-ը ներառում է Medicare Part D-ով ապահովագրված դեղեր: Ի լրումն Medicare-ով ապահովագրված դեղերի՝ դեղատոմսային որոշ դեղեր ապահովագրվում են ձեր համար ձեր Medicaid-ի նպաստների շրջանակներում: Medicaid-ի դեղերի ապահովագրական ծածկույթի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար պետք է կապվեք Անդամների սպասարկման ծառայության կամ ձեր նահանգային Medicaid գրասենյակի հետ (կոնտակտային տվյալները նշված են Գլխիկ 2-ի Բաժին 6-ում):

Որպես կանոն՝ մենք կապահովագրենք պլանի Դեղերի ցանկում ներառված դեղամիջոցը, քանի դեռ հետևում եք այս գլխում ներկայացված ապահովագրության այլ կանոններին, և դեղամիջոցի օգտագործումը բժշկական տեսանկյունից ընդունված ցուցում է: Բժշկական տեսանկյունից ընդունված ցուցումը դեղամիջոցի այնպիսի օգտագործում է, որը *կամ*:

- Հաստատված է Սննդի և դեղերի վարչության (FDA) կողմից նշանակված դեղատոմսի ախտորոշման կամ խնդրի համար, կամ
- Հիմնված է որոշակի հղումներով, ինչպես օրինակ՝ Ամերիկյան հիվանդանոցային ֆորմուլյարի ծառայության դեղերի տվյալներով և Micromedex DRUGDEX տեղեկատվական համակարգով:

Դեղերի ցանկը ներառում է ապրանքանիշային անվանումով դեղեր, ջեներիկ դեղեր և կենսաբանական արտադրանքներ (որոնք կարող են ներառել կենսահամանման դեղամիջոցներ):

Ապրանքանիշային անվանումով դեղը հանդիսանում է դեղատոմսային դեղ, որը վաճառվում է արտադրողի ապրանքային նշանով: Կենսաբանական արտադրանքները դեղամիջոցներ են, որոնք ավելի բարդ ազդեցություն ունեն սովորական դեղերի համեմատ: Դեղերի ցանկում, երբ հղում ենք կատարում դեղերին, կարող է նշանակել դեղ կամ կենսաբանական արտադրանք:

Ջեներիկ դեղամիջոցը դեղատոմսով դեղ է, որն ունի ապրանքանիշային անվանումով դեղի նույն ակտիվ բաղադրիչները: Կենսաբանական արտադրանքներն ունեն այլընտրանքներ, որոնք կաշվում են կենսահամանման դեղամիջոցներ: Ընդհանրապես, ջեներիկ դեղերը և կենսահամանման դեղամիջոցները նույնքան լավ են ներգործում, որքան ապրանքանիշային անվանումով դեղերը կամ կենսաբանական դեղամիջոցները, և սովորաբար դրանք ավելի մատչելի են: Բազմաթիվ ապրանքանիշային անվանումով դեղերի համար գոյություն ունեն ջեներիկ փոխարինիչ դեղեր, իսկ որոշ օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքներ ունեն

կենսանման այլընտրանքներ: Որոշ կենսահամանմաններ որակվում են որպես փոխարինելի կենսանմաններ և, պայմանավորված պետական կանոնակարգերով, կարող են փոխարինվել օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքով դեղատանը՝ առանց նոր դեղատոմսի անհրաժեշտության, ճիշտ այնպես, ինչպես ջեներիկ դեղամիջոցներով ապրանքանիշային անվանումով դեղերի փոխարինման դեպքում:

Տե՛ս Գլուխ 12-ը Դեղերի այն տեսակների սահմանումների համար, որոնք կարող են գետեղված լինել դեղերի ցանկում:

Առանց դեղատոմսի դեղեր

Մեր պլանը նաև ապահովագրում է առանց դեղատոմսի որոշակի դեղեր: Առանց դեղատոմսի որոշ դեղեր ավելի ֆիչ արժեն, քան դեղատոմսային դեղերը, և նույնքան լավ են ներգործում: Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները՝ 711) լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար:

Դեղեր, որոնք ընդգրկված չեն մեր Դեղերի ցանկում

Պլանը չի ապահովագրում բոլոր դեղատոմսային դեղերը:

- Որոշ դեպքերում օրենքը թույլ չի տալիս Medicare-ի որևէ պլանի ապահովագրել դեղերի որոշակի տեսակներ: (Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Բաժին 7):
- Այլ դեպքերում մենք որոշել ենք չներառել դեղը դեղերի ցանկում:
- Որոշ դեպքերում դուք կկարողանա՞ք ձեռք բերել դեղամիջոց, որը առկա չէ Դեղերի ցանկում: (Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Գլուխ 9):

ԲԱԺԻՆ 3.2 Դեղերի ցանկում ներառված դեղերի համար ծախսերի մասնաբաժնի վեց (6) մակարդակներ

Պլանի Դեղերի ցանկում ներառված յուրաքանչյուր դեղամիջոց վեց (6) ծախսերի մասնաբաժնի որևէ մակարդակում է: Ընդհանուր առմամբ, որքան բարձր է ծախսերի մասնաբաժնի մակարդակը, այնքան ավելի բարձր է դեղամիջոցի արժեքը:

- Մակարդակ 1՝ Նախընտրելի ջեներիկ
- Մակարդակ 2՝ Ջեներիկ
- Մակարդակ 3՝ Նախընտրելի ապրանքանիշ
- Մակարդակ 4՝ Ոչ նախընտրելի դեղամիջոց
- Մակարդակ 5՝ Հատուկ դեղեր
- Մակարդակ 6՝ Ընտրովի խնամքի դեղամիջոցներ

Պարզելու համար՝ ծախսերի մասնաբաժնի որ մակարդակում է գտնվում ձեր դեղամիջոցը, փնտրե՛ք այն պլանի դեղերի ցանկում: Յուրաքանչյուր ծախսերի բաշխման մակարդակում դեղերի համար վճարվող գումարը ներկայացված է Գլուխ 6-ում:

ԲԱԺԻՆ 3.3 Ինչպես կարող եմ պարզել, թե արդյո՞ք կոնկրետ դեղ առկա է Դեղերի ցանկում

Որպեսզի պարզե՛ք՝ արդյո՞ք դեղը ներառված է մեր Դեղերի ցանկում, ունե՛ք հետևյալ տարբերակները.

- Ստուգե՛ք մեր կողմից էլեկտրոնային եղանակով արամադրած ամենավերջին դեղերի ցանկը:
- Այցելե՛ք պլանի կայքը (centralhealthplan.com): Վե՛ր կայքում միշտ տեղադրված է դեղերի ցանկի ամենավերջին տարբերակը:
- Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ պարզելու, թե արդյո՞ք դեղամիջոցը ներառված է դեղերի ցանկում, կամ ցանկի պատճենը ստանալու համար:

Գլխիկ 5: Ինչպես օգտագործել պլանի ծածկույթը D մասի դեղերի համար

- Օգտագործե՛ք մեր ծրագրի «Իրական Ժամանակի նպաստների գործիք» (Caremark.com՝ Դեղերի ցանկում որոնում կատարելու, ձեր վճարման մոտավոր չափը գնահատելու և նույն վիճակը բուժելու համար հնարավոր այլ դեղամիջոցներ գտնելու նպատակով: Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայությանը՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները՝ 711) լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար:

ԲԱԺԻՆ 4 Ծածկույթի սահմանափակում ունեցող դեղեր

ԲԱԺԻՆ 4.1 Ինչու որոշ դեղերի համար կան սահմանափակումներ

Որոշակի դեղատոմսային դեղերի համար հատուկ կանոններով գործում են մեր պլանի կողմից դեղերի հատուցման ձևերի և ժամկետների վերաբերյալ սահմանափակումներ: Բժիշկների և դեղագործների մի խումբ մշակել է այս կանոնները՝ դեղամիջոցներն առավել արդյունավետ ձևով օգտագործելու հարցում ձեզ և ձեր բժշկին խրախուսելու համար: Ձեր ընդունած կամ նախընտրելի դեղամիջոցի վրա նշված սահմանափակումների կիրառելիությունը պարզելու համար՝ ստուգե՛ք Դեղերի ցանկը:

Եթե անվտանգ, ավելի մատչելի դեղամիջոցը բժշկական տեսանկյունից նույնքան լավ կգործի, որքան ավելի թանկ արժողությամբ դեղամիջոցը, մեր պլանի կանոնները նախատեսված են ավելի մատչելի տարբերակի օգտագործելու հարցում ձեզ և ձեր մատակարարին խրախուսելու համար:

Նկատի ունեցե՛ք, որ երբեմն դեղամիջոցը կարող է առկա լինել մեր Դեղերի ցանկում մեկից ավել անգամ: Սա պայմանավորված է նրանով, որ նույն դեղամիջոցները կարող են տարբերվել՝ կախված ձեր բուժօգնության մատակարարի կողմից նշանակված դեղամիջոցի ուժգնությունից, քանակից կամ ձևից, և դեղամիջոցի տարբեր տարբերակների համար կարող են կիրառվել տարբեր սահմանափակումներ կամ ծախսերի մասնաբաժին (օրինակ՝ 10 մգ ընդդեմ 100 մգ-ի, օրական մեկ հատ ընդդեմ օրական 2 հատ, դեղահար ընդդեմ հեղուկի):

ԲԱԺԻՆ 4.2 Սահմանափակումների տեսակներ

Ստորև բաժիններում ավելի մանրամասն կներկայացվեն որոշակի դեղերի համար մեր կողմից կիրառվող սահմանափակումների տեսակները:

Եթե կա սահմանափակում ձեր դեղամիջոցի համար, սովորաբար նշանակում է, որ դուք կամ ձեր մատակարարը պետք է ձեռնարկե՛ք լրացուցիչ քայլեր, որպեսզի մեկն հասնուցե՛նք դեղամիջոցի համար: Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայությանը՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711), որպեսզի պարզե՛ք՝ դուք կամ ձեր մատակարարը ինչ կարող ե՛ք անել դեղամիջոցի փոխհատուցման համար: **Եթե ցանկանում ե՛ք, որ մեկն չեղարկե՛նք սահմանափակումը ձեզ համար, պետք է օգտվե՛ք ապահովագրության որոշման գործընթացից և կապ հաստատե՛ք մեզ հետ բացառություն ունենալու համար:** Մեկն կարող ե՛նք համաձայնել կամ չհամաձայնել սահմանափակումը ձեզ համար չեղարկելուն: (Տե՛ս Գլուխ 9)

Նախապես պլանից հաստատում ստանալ

Որոշակի դեղերի համար դուք կամ ձեր մատակարարը պետք է ստանա՛ք պլանից հաստատում, մինչ մեկն կհամաձայնվե՛նք ապահովագրել դեղամիջոցը ձեզ համար: Սա կոչվում է **նախնական հաստատում**: Սա ներառվում է դեղորայքի անվտանգությունն ապահովելու և որոշակի դեղամիջոցների պատշաճ օգտագործման հարցում ուղղորդելու համար: Եթե չստանա՛ք նշված հաստատումը, հնարավոր է՝ ձեր դեղամիջոցը չապահովագրվի պլանով: Մեր պլանի նախնական հաստատման չափանիշները կարելի է ստանալ՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկման ծառայությանը՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711) կամ այցելելով՝ centralhealthplan.com կայք:

Սկզբում այլ դեղամիջոց փորձել օգտագործել

Այս պահանջը խրախուսում է ձեզ փորձել ավելի մատչելի, սակայն սովորաբար նույնքան արդյունավետ դեղամիջոցներ, մինչ պլանը ապահովագրի մեկ այլ դեղամիջոց: Օրինակ՝ եթե դեղ **A**-ն և դեղ **B**-ն բուժում են նույն առողջական վիճակ, և դեղ **A**-ն ավելի մատչելի է դեղ **B**-ից, պլանը կարող է պահանջել ձեզին փորձել դեղ **A**-ն: Եթե դեղ **A**-ն չի գործում ձեզ համար, այդ դեպքում պլանը կապահովագրի դեղ **B**-ն: Նախ և առաջ դեղամիջոց փորձելու այս պահանջը կոչվում է **փուլային թերապիա**: Մեր պլանի փուլային թերապիայի չափանիշները կարելի է ստանալ՝ գանգահարելով Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 711) կամ այցելելով՝ MolinaHealthcare.com/Medicare կայք:

Քանակական սահմանափակումներ

Օրինակ՝ մեկ սահմանափակում ենք ձեզ ստանալու դեղամիջոցի համալրման չափը, երբ ամեն անգամ դեղատոմսը դուրս եկ գրում: Օրինակ՝ եթե սովորաբար անվտանգ է համարվում որոշակի դեղամիջոցի համար օրական միայն մեկ հաբ ընդունելը, մեկ կարող ենք սահմանափակել ձեզ դեղատոմսի ապահովագրությունը՝ օրական մեկ հաբից ոչ ավել:

ԲԱԺԻՆ 5 Ինչ կարող եմ անել, եթե ձեր դեղերից մեկը չի փոխհատուցվում ըստ ձեր ակնկալիքների

Կան իրավիճակներ, երբ ընդունում եմ դեղատոմսով դեղ կամ ձեր մատակարարի կողմից ձեզ համար ընդունելի դեղ, որն առկա չէ մեր Դեղաբանական տեղեկագրում կամ առկա է մեր Դեղաբանական տեղեկագրում սահմանափակումներով: Օրինակ՝

- Հնարավոր է՝ դեղամիջոցը չապահովագրվի պլանով: Կամ հնարավոր է՝ դեղամիջոցի ջեներիկ տարբերակն ապահովագրվում է, սակայն ձեր նախընտրելի ապրանքանիշային տարբերակը չի ապահովագրվում:
- Դեղն ապահովագրվում է, բայց տվյալ դեղի ապահովագրության վերաբերյալ կան լրացուցիչ կանոններ կամ սահմանափակումներ:

Եթե ձեր դեղը դասակարգված է ծախսերի բաժնի մակարդակում, որը ձեր կարծիքով ավելի թանկ է, քան պետք է լինի, անցե՛ք Բաժին 5.1՝ պարզելու համար, թե ինչ կարող եմ անել:

Եթե ձեր դեղամիջոցը առկա չէ Դեղերի ցանկում կամ ունի սահմանափակում, ստորև տարբերակներն են.

- Դուք կկարողանաք ստանալ ժամանակավոր դեղապաշար:
- Կարող եմ փոխել դեղամիջոցը:
- Դուք կարող եմ դիմել բացառության համար և խնդրել պլանին հատուցել դեղամիջոցի համար կամ հանել դեղամիջոցի սահմանափակումները:

Դուք կկարողանաք ստանալ ժամանակավոր պաշար

Որոշակի հանգամանքներում պլանը պետք է ապահովի ձեր արդեն իսկ ընդունած դեղի ժամանակավոր պաշարը: Այս դեղի ժամանակավոր պաշարը ձեզ ժամանակ է տալիս փոփոխության մասին մատակարարի հետ խորհրդակցելու համար:

Ժամանակավոր դեղապաշարի իրավունակություն ունենալու համար ձեր ընդունած դեղամիջոցը պետք է այլևս չլինի պլանի Դեղերի ցանկում ԿԱՄ այս պահին ինչ՞որ կերպ ունի սահմանափակում:

- **Եթե նոր անդամ եմ**, մեկ կհատուցենք ձեր ժամանակավոր դեղապաշարի համար պլանին ձեր անդամակցության առաջին **90 օրվա** ընթացքում:
- **Եթե եղել եմ պլանային նախորդ տարում**, մեկ կհատուցենք ձեր ժամանակավոր դեղապաշարի համար օրացուցային տարվա **90 օրվա** ընթացքում:

Գլխիկ 5: Ինչպես օգտագործել պլանի ծածկույթը D մասի դեղերի համար

- Այս ժամանակավոր դեղապաշարը կլինի առավելագույնը **31** օրվա համար: Եթե դեղատոմսը գրված է ավելի քան օրերի համար, մենք թույլ կտանք կատարել պաշարների բազմաթիվ համալրումներ, որպեսզի ապահովենք մինչև առավելագույնը դեղի **31** օրվա պաշարը: Դեղատոմսերը պետք է դուրս գրվեն ցանցային դեղատան կողմից: (Նկատի ունեցե՛ք, որ Երկարաժամկետ խնամքի դեղատոմսը կարող է տրամադրել դեղամիջոցը ավելի փոքր քանակներով՝ մնացորդների խուսափելու համար):
- **Այն անդամների համար, ովքեր գտնվում են պլանում ավելի քան 90 օր և բնակվում են Երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունում և ունեն դեղապաշարի շտապ կարիք՝** մենք կհատուցենք հատուկ դեղամիջոցի մեկանգամյա **31** օրվա հրատապ պաշարի կամ ավելի քան ֆանակի համար, եթե ձեր դեղատոմսը դուրս գրված լինի ավելի քան օրերի համար: Սա վերաբերում է ժամանակավոր դեղապաշարի լրացում է:
- Եթե **LTC** հաստատության նոր բնակիչ եք և մեր պլանում գրանցված եք ավելի քան **90** օր, և ձեզ անհրաժեշտ է դեղամիջոց, որը մեր Դեղացանկում առկա չէ կամ ենթակա է այլ սահմանափակումների, ինչպես օրինակ՝ փուլային թերապիային կամ ֆանակական սահմանափակումների (դեղաչափի սահմանափակումներ), մենք կհատուցենք այդ ժամանակավոր **31**-օրյա հրատապ դեղապաշարի համար (եթե դեղատոմսը նախատեսված չէ ավելի քան օրերի համար), քանի որ անդամը դիմում է Դեղացանկի բացառության համար: Բացառություններ կան այն դեպքերում, երբ ձեր խնամքի մակարդակի փոփոխությունը է տեղի ունենում, որը նաև պահանջում է անցում մեկ հաստատությունից կամ բուժման կենտրոնից մեկ այլ վայր: Նման պարագայում դուք իրավասու կլինեք ժամանակավոր, միանվագ լրացման բացառության, նույնիսկ եթե դրանք եք պլանի անդամ լինելու առաջին **90** օրերին: Խնդրում ենք ուշադրություն դարձնել, որ մեր անցումների ֆազիականությունը կիրառվում է միայն այն դեղերի նկատմամբ, որոնք հանդիսանում են «Մաս D-ի դեղեր» և ձեռք են բերված ցանցային դեղատոմսից: Անցումների ֆազիականությունը չի կարող օգտագործվել Մաս D-ից դուրս դեղամիջոցի կամ մեր ցանցից դուրս դեղամիջոցի ձեռքբերման նպատակով, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ իրավունք ունեք օգտվել ցանցից դուրս հաստատությունից:

Ժամանակավոր դեղապաշարի վերաբերյալ հարցերի դեպքում զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711):

Ժամանակավոր դեղապաշարից օգտվելու ընթացքում պետք է խոսե՛ք ձեր բժշկի հետ և որոշե՛ք ինչ անել ժամանակավոր պաշարի սպասվելուց հետո: Դուք ունեք 2 տարբերակ.

Տարբերակ 1. Կարող եք փոխել դեղամիջոցը

Խոսե՛ք ձեր մատակարարի հետ այն մասին, թե արդյոք կա պլանում ընդգրկված այլ դեղամիջոց, որը կարող է նույնքան լավ գործել ձեզ համար: Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711) և խնդրե՛ք տրամադրել նույն առողջական վիճակի համար ցուցված ապահովագրված դեղերի ցուցակը: Այս ցանկը կարող է օգնել ձեր մատակարարին գտնել ձեզ անհրաժեշտ ապահովագրված դեղը:

Տարբերակ 2. Դուք կարող եք դիմել բացառության համար

Դուք և ձեր մատակարարը կարող եք դիմել պլանին բացառության և դեղամիջոցի՝ ձեզ համար շահավետ ապահովագրման համար: Եթե ձեր մատակարարը նշի, որ ունեք բացառության համար դիմելու բժշկական հիմնավոր պատճառներ, ձեր մատակարարը կարող է օգնել ձեզ բացառության համար դիմելու հայտի հարցում: Օրինակ՝ դուք կարող եք դիմել պլանին՝ դեղամիջոցն ապահովագրելու համար, նույնիսկ եթե այն առկա չէ պլանի Դեղերի ցանկում: Կամ կարող եք դիմել պլանին բացառության և դեղամիջոցն առանց սահմանափակումների ապահովագրելու համար:

Եթե գործող անդամ եք, և ձեր ընդունած դեղամիջոցը հանվելու է Դեղացանկից կամ ինչ-որ կերպ ունենալու է սահմանափակում հաջորդ տարվա համար, ցանկացած փոփոխության մասին մենք ձեզ կտեղեկացնենք մինչև նոր տարին: Մինչև հաջորդ տարի կարող եք դիմել բացառություն ստանալու համար, և ձեր դիմումը (կամ դեղ նշանակող մասնագետի օժանդակ գեկույցը) ստանալուց հետո մենք կպատասխանենք ձեզ **72** ժամվա ընթացքում: Եթե հաստատենք ձեր հայտը, կթույլատրենք ապահովագրությունը մինչև փոփոխության ուժի մեջ մտնելը:

Եթե դուք և ձեր մատակարարը ցանկանում եք դիմել բացառության համար, Գլուխ 9, Բաժին 7.4-ում նկարագրված են ֆայլերը: Այնտեղ ներկայացված են Medicare-ի կողմից սահմանված ընթացակարգերը և վերջնաժամկետները ձեր հայտի արագ և արդարացի բննարկման համար:

ԲԱԺԻՆ 5.1 Ինչ կարող եք անել, եթե, ձեր կարծիքով, դեղամիջոցը ծախսերի մասնաբաժնի չափազանց բարձր մակարդակում է

Եթե դեղամիջոցը ձեր կարծիքով ծախսերի մասնաբաժնի չափազանց բարձր մակարդակում է, ստորև ձեր կողմից ձեռնարկվող հնարավոր ֆայլերն են.

Կարող եք փոխել դեղամիջոցը

Եթե դեղամիջոցը ձեր կարծիքով ծախսերի մասնաբաժնի չափազանց բարձր մակարդակում է, խորհրդակցե՛ք ձեր մատակարարի հետ: Կարող է լինել ձեզ համար նույնքան լավ գործող ծախսերի մասնաբաժնի ավելի ցածր մակարդակում գտնվող այլ դեղամիջոց: Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711) և խնդրե՛ք տրամադրել նույն առողջական վիճակի համար ցուցված փոխհատուցվող դեղերի ցանկը: Այս ցանկը կարող է օգնել ձեր մատակարարին գտնել ձեզ անհրաժեշտ ապահովագրված դեղը:

Դուք կարող եք դիմել բացառության համար

Դուք և ձեր մատակարարը կարող եք դիմել պլանին դեղամիջոցի ծախսերի մասնաբաժնի մակարդակում բացառություն անելու համար, որպեսզի ավելի ֆիչ վճարե՛ք դեղամիջոցի համար: Եթե ձեր մատակարարը նեխ, որ ունե՛ք բացառության համար դիմելու բժշկական հիմնավոր պատճառներ, ձեր մատակարարը կարող է օգնել ձեզ կանոնից բացառության համար դիմելու հարցում:

Եթե դուք և ձեր մատակարարը ցանկանում եք դիմել բացառության համար, Գլուխ 9, Բաժին 7.4-ում նկարագրված են ֆայլերը: Այնտեղ ներկայացված են Medicare-ի կողմից սահմանված ընթացակարգերը և վերջնաժամկետները ձեր հայտի արագ և արդարացի բննարկման համար:

5-րդ մակարդակի դեղեր: Ծախսերի բաժխման 5-րդ մակարդակում ընդգրկված դեղերը բացառություն ստանալու իրավունք չունեն: Մենք չենք նվազեցնում այս մակարդակի դեղամիջոցների ծախսերի մասնաբաժնի գումարը:

ԲԱԺԻՆ 6 Մեր դեղերի ցանկը կարող է փոփոխվել տարվա ընթացքում

Դեղերի ապահովագրական ծածկույթի փոփոխությունների մեծ մասը տեղի է ունենում յուրաքանչյուր տարվա սկզբին (հունվարի 1-ին): Այնուամենայնիվ, տարվա ընթացքում պլանը կարող է կատարել որոշ փոփոխություններ Դեղերի ցանկում: Օրինակ՝ պլանը կարող է.

- Ավելացնել կամ հեռացնել դեղամիջոցներ Դեղերի ցանկից:
- Տեղափոխել դեղը ծախսերի բաժխման ավելի բարձր կամ ավելի ցածր մակարդակ:
- Ավելացնել կամ հեռացնել դեղամիջոցի ապահովագրության սահմանափակում:
- Փոխարինել ապրանքանիշային դեղը դեղամիջոցի ջեներիկ տարբերակով:
- Փոխարինել բնօրինակ կենսաբանական արտադրանքը կենսաբանական արտադրանքի փոխարինելի կենսանման տարբերակով:

Մենք պետք է հետևենք Medicare-ի պահանջներին պլանի Դեղերի ցանկում փոփոխություն կատարելուց առաջ:

Գլխիկ 5: Ինչպես օգտագործել պլանի ծածկույթը D մասի դեղերի համար

Դեղերի ապահովագրական ծածկույթի փոփոխությունների վերաբերյալ տեղեկություն

Երբ Դեղերի ցանկում փոփոխություններ են տեղի ունենում, մենք մեր կայքում հրապարակում ենք այդ փոփոխությունների մասին տեղեկություն: Մենք նաև պարբերաբար թարմացնում ենք մեր առցանց դեղերի ցանկը: Երբեմն դուք կստանաք ուղղակի ծանուցում, եթե փոփոխություններ կատարվել են այն դեղամիջոցի վերաբերյալ, որը դուք ընդունում եք:

Դեղերի փոխհատուցման փոփոխություններ, որոնք ազդում են ձեզ վրա այս պլանային տարվա ընթացքում

- **Նոր դեղերի ավելացում Դեղացանկում և նման ազդեցությամբ դեղերի անհապաղ հեռացում կամ փոփոխություն Դեղացանկում:**
 - Դեղերի ցանկում դեղամիջոցի մեկ այլ տարբերակի ավելացնելիս մենք կարող ենք անհապաղ հեռացնել նմանատիպ դեղամիջոցը Դեղերի ցանկից, տեղափոխել այն ծախսերի մասնաբաժնի այլ մակարդակ, ավելացնել նոր սահմանափակումներ կամ երկուսը միասին: Մեր կողմից ավելացվող դեղամիջոցի նոր տարբերակը կլինի ծախսերի մասնաբաժնի նույն կամ ավելի ցածր մակարդակում և նույն կամ ավելի քիչ սահմանափակումներով:
 - Մենք կկատարենք այս անհապաղ փոփոխությունները միայն այն դեպքում, եթե ավելացնենք ապրանքանիշային դեղամիջոցի նոր ջեներիկ տարբերակ կամ ավելացնենք Դեղերի ցանկում արդեն առկա օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքի որոշակի նոր կենսանման տարբերակներ:
 - Մենք կարող ենք կատարել այս փոփոխություններն անհապաղ և ձեզ տեղեկացնել ավելի ուշ, նույնիսկ եթե ընդունում եք մեր կողմից փոփոխվող կամ հեռացվող դեղամիջոցը: Եթե ընդունում եք նմանատիպ դեղ մեր կողմից փոփոխություն կատարելու պահին, մենք ձեզ կտեղեկացնենք մեր կողմից կատարված ցանկացած հատուկ փոփոխության մասին:
- **Նոր դեղերի ավելացում Դեղացանկում և նման ազդեցությամբ դեղերի հեռացում կամ փոփոխություն Դեղացանկում:**
 - Դեղերի ցանկում դեղամիջոցի մեկ այլ տարբերակ ավելացնելիս մենք կարող ենք նմանատիպ դեղամիջոցը հեռացնել Դեղերի ցանկից, տեղափոխել այն ծախսերի մասնաբաժնի այլ մակարդակ, ավելացնել նոր սահմանափակումներ կամ երկուսն էլ: Մեր կողմից ավելացվող դեղամիջոցի տարբերակը կլինի ծախսերի մասնաբաժնի նույն կամ ավելի ցածր մակարդակում և նույն կամ ավելի քիչ սահմանափակումներով:
 - Մենք կկատարենք այս փոփոխությունները միայն այն դեպքում, եթե ավելացնենք ապրանքանիշային անվանումով դեղի նոր ջեներիկ տարբերակ կամ ավելացնենք դեղերի ցանկում արդեն առկա օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքի որոշակի նոր կենսանման տարբերակներ:
 - Մենք ձեզ կտեղեկացնենք փոփոխությունը կատարելուց առնվազն 30 օր առաջ կամ կտեղեկացնենք փոփոխության մասին և կհատուցենք ձեր ընդունած դեղամիջոցի տարբերակի 31-օրյա համալրման համար:
- **Դեղերի ցանկից շուկայից հանված ոչ անվտանգ և այլ դեղամիջոցների հեռացում**
 - Երբեմն դեղամիջոցը կարող է համարվել ոչ անվտանգ կամ հանվել շուկայից մեկ այլ պատճառով: Եթե պատահի նման բան, մենք կարող ենք անմիջապես հեռացնել դեղամիջոցը Դեղերի ցանկից: Եթե ընդունում եք այդ դեղը, մենք ձեզ կտեղեկացնենք փոփոխությունը կատարելուց հետո:
- **Դեղերի ցանկի դեղամիջոցների հետ կապված այլ փոփոխություններ կատարելը:**
 - Տարվա սկզբին կարող ենք կատարել այլ փոփոխություններ, որոնք ազդեցություն կունենան ձեր ընդունած դեղերի վրա: Օրինակ՝ մենք հիմնվում ենք FDA-ի՝ շրջանակի մեջ հատուկ նախազգուշացումների կամ Medicare-ի կողմից նախատեսված կլինիկական նոր ուղեցույցների վրա:
 - Մենք ձեզ կտեղեկացնենք առնվազն 30 օր առաջ, նախքան այդ փոփոխությունների կատարումը կամ կտեղեկացնենք փոփոխության մասին և կփոխհատուցենք ձեր ընդունած դեղի լրացուցիչ 31-օրյա համալրված ֆանակը:

Եթե այս փոփոխություններից որևէ մեկը կատարենք ձեր ընդունած որևէ դեղամիջոցի առկայության, խորհրդակցե՛ք ձեր դեղատուները նշանակող բժշկի հետ ձեզ համար լավագույն տարբերակների մասին, այդ թվում՝ ձեր խնդիրը բուժելու համար այլ դեղամիջոցի անցնելը կամ ձեր ընդունած դեղամիջոցի վրա ցանկացած նոր սահմանափակում բավարարելու համար ապահովագրության որոշման հայտ: Դուք կամ դեղատուները նշանակող ձեր բժիշկը կարող է դիմել մեզ այն բացատրության համար,

որ շարունակե՞նք հատուցել ձեր ընդունած դեղամիջոցը կամ այդ դեղամիջոցի տարբերակը: Ապահովագրության որոշման, այդ թվում՝ բացառության համար դիմելու լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Գլուխ 9-ը:

Փոփոխություններ դեղերի ցանկում, որոնք չեն ազդում ձեզ վրա ընթացիկ պլանային տարվա ընթացքում

Մենք կարող ենք կատարել որոշակի փոփոխություններ Դեղերի ցանկում, որոնք վերը նկարագրված չեն: Նման դեպքերում փոփոխությունը ձեզ համար չի կիրառվի, եթե ընդունում եք դեղամիջոցը փոփոխության պահին: Այնուամենայնիվ, այս փոփոխությունները, հավանաբար, ազդեցության կունենան ձեզ վրա հաջորդ պլանային տարվա հունվարի 1-ից սկսած, եթե մնաք նույն պլանում:

Ընդհանուր առմամբ, ընթացիկ պլանային տարվա ընթացքում ձեզ վրա ազդեցություն չունեցող փոփոխություններն են.

- Ձեր դեղը տեղափոխվում է ավելի բարձր ծախսերի բաժնման մակարդակ:
- Մենք նոր սահմանափակում ենք դնում ձեր դեղամիջոցի օգտագործման վրա:
- Մենք հանում ենք ձեր դեղամիջոցը դեղերի ցանկից:

Եթե այս փոփոխություններից որևէ մեկը տեղի է ունենում ձեր ընդունած դեղամիջոցի համար (բացառությամբ շուկայից հանվելու, ապրանքանիշային անվանումով դեղին փոխարինող ջեներիկ դեղամիջոցի կամ վերևում նշված այլ փոփոխության), փոփոխությունը չի ազդի ձեր օգտագործման կամ ծախսերի մասնաբաժնի վրա մինչև հաջորդ տարվա հունվարի 1-ը: Մինչև նշված ամսաթիվը՝ հավանաբար, չեք տեսնի ձեր վճարումների որևէ ավելացում կամ դեղամիջոցի օգտագործման որևէ լրացուցիչ սահմանափակում:

Ձեզ չենք տեղեկացնի նման տեսակի փոփոխությունների մասին անմիջապես ընթացիկ պլանային տարվա ընթացքում: Անհրաժեշտ կլինի ստուգել Դեղերի ցանկը հաջորդ պլանային տարվա համար (երբ այն հասանելի կլինի բաց գրանցման ժամանակաշրջանում)՝ պարզելու, թե արդյոք դեղամիջոցների որևէ փոփոխություն կազդի ձեզ վրա պլանային հաջորդ տարվա ընթացքում:

ԲԱԺԻՆ 7 Դեղերի տեսակներ, որոնք չենք ապահովագրում

Որոշ դեղատոմսային դեղեր բացառված են: Սա նշանակում է, որ Medicare-ը չի վճարում այս դեղերի համար:

Եթե բողոքարկեք, և պարզվի, որ պահանջվող դեղը չի բացառվում Մաս D-ի ներքո, մենք կվճարենք կամ կհատուցենք վերջինիս համար (Որոշման բողոքարկման վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս Գլուխ 9-ը): Եթե դեղամիջոցը բացառված է դուրս պետք է ինքներդ վճարեք դեղամիջոցի համար:

Ստորև 3 ընդհանուր կանոններն են այն դեղամիջոցների վերաբերյալ, որոնք Medicare դեղամիջոցների պլաններով չեն հատուցվում Մաս D-ի շրջանակներում.

- Մեր պլանի Մաս D-ի դեղերի ապահովագրական ծածկույթը չի կարող հատուցել այնպիսի դեղամիջոց, որը կհատուցվեր Medicare Part A-ով կամ Part B-ով:
- Մեր պլանը չի կարող փոխհատուցել ԱՄՆ-ից և դրա տարածքներից դուրս գնված դեղերի համար:
- Մեր պլանը սովորաբար չի կարող հատուցել առանց գրավոր ցուցումների դեղամիջոցի համար, երբ օգտագործումը չի հիմնավորվում որոշակի հղումներով, ինչպես օրինակ՝ Բուժաստատությունների համար ամերիկյան ֆորմուլյար ծառայության դեղամիջոցների սվյալներով և Micromedex DRUGDEX տեղեկատվական համակարգով: Առանց գրավոր ցուցումների օգտագործումը դեղամիջոցի ցանկացած օգտագործումն է, որը տարբերվում է այն տարբերակից, երբ դեղամիջոցի պիտակի վրա կան ցուցումներ, որոնք էլ հաստատված են Մինչդի և դեղամիջոցների վարչության (FDA) կողմից:

Բացի այդ, ըստ օրենքի՝ ստորև նշված դեղամիջոցների հետևյալ կատեգորիաները չեն հատուցվում Medicare-ով: Այնուամենայնիվ, այս դեղամիջոցներից որոշները կարող են հատուցվել ձեզ համար՝ ձեր Medicaid դեղերի ապահովագրական ծածկույթի շրջանակներում:

Գլխիկ 5: Ինչպես օգտագործել պլանի ծածկույթը D մասի դեղերի համար

Medicaid-ի դեղերի ապահովագրական ծածկույթի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար պետք է կապվեք Անդամների սպասարկման ծառայության կամ ձեր նահանգային Medicaid գրասենյակի հետ (կոնտակտային տվյալները նշված են Գլուխ 2-ի Բաժին 6-ում):

- Առանց դեղատոմսի դեղեր (նաև կոչվում են առանց դեղատոմսի դուրս գրվող դեղեր)
- Պտղաբերությունը խթանելու համար օգտագործվող դեղամիջոցներ
- Հազը կամ մրսածության ախտանիշերը թեթևացնելու համար օգտագործվող դեղամիջոցներ
- Կոսմետիկ նպատակներով կամ մազերի անը խթանելու համար օգտագործվող դեղամիջոցներ
- Դեղատոմսով վիտամիններ և հանքանյութեր, բացառությամբ՝ հղիության ընթացքի վիտամինների և ֆտորիդային պատրաստուկների
- Սեռական կամ էրեկտիլ դիսֆունկցիայի բուժման համար օգտագործվող դեղամիջոցներ
- Անորեքսիայի, քաշի կորստի կամ քաշի ավելացման համար օգտագործվող դեղամիջոցներ
- Ամբուլատոր դեղամիջոցներ, որոնց համար արտադրողը պահանջում է՝ հարակից հետազոտություններ կամ մոնիթորինգային ծառայություններ գնվեն բացառապես արտադրողից՝ որպես գործարքի պայման:

Եթե դուք ստանում եք «Extra Help» դեղատոմսային դեղերի ծախսերը վճարելու համար, ապա այդ «Extra Help» ծրագիրը չի վտխատուցում այն դեղերը, որոնք սովորաբար չեն ընդգրկվում դեղատոմսային դեղերի պլաններում: Սակայն, եթե դուք դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթ ունեք Medicaid-ի միջոցով, ապա ձեր նահանգի Medicaid ծրագիրը կարող է ծածկել որոշ դեղատոմսային դեղեր, որոնք սովորաբար չեն ընդգրկվում Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի պլանում: Խնդրում ենք կապ հաստատել ձեր նահանգի Medicaid ծրագրի հետ՝ պարզելու, թե ինչ դեղերի ապահովագրական ծածկույթ կարող է հասանելի լինել ձեզ համար: (Medicaid-ի հեռախոսահամարները և կոնտակտային տվյալները կարող եք գտնել Գլուխ 2-ի, բաժին 6-ում):

ԲԱԺԻՆ 8 Ինչպես լրացնել դեղատոմսը

Ձեր դեղատոմսը դուրս գրելու համար՝ տրամադրեք մեր պլանի անդամակցության տվյալները, որոնք կարող եք գտնել ձեր պլանի անդամակցության ֆարսի վրա, ձեր ընտրած ցանցային դեղատանը: Ցանցային դեղատունն ավտոմատ կերպով դուրս կգրի ձեր դեղամիջոցի ծախսերի մեր մասնաբաժնի մեր պլանը: Հնարավոր է՝ անհրաժեշտ լինի, որ դեղատանը վճարեք ծախսերի ձեր մասնաբաժինը դեղատոմսը վերցնելիս:

Դուք պետք է ցույց տաք ձեր California Medicaid պլանի անդամի ID անդամաբարտը՝ Medicaid-ով ապահովագրված դեղատոմսերը դուրս գրելու համար:

Եթե ձեզ մոտ չլինեն մեր պլանի անդամակցության տվյալները դեղատոմսը դուրս գրելիս, դեղատունը կամ դուք կարող եք գանգահարել մեզ՝ տվյալները ստանալու համար, կամ կարող եք խնդրել դեղատանը փնտրել ձեր պլանի գրանցման տվյալները:

Եթե դեղատունը չի կարողանում ստանալ անհրաժեշտ տեղեկություններ, **ապա հնարավոր է ստիպված լինեք վճարել դեղատոմսով դեղի ամբողջ արժեքն այն վերցնելու ժամանակ:** Այնուհետև, դուք կարող եք դիմել մեզ, որպեսզի **վտխատուցենք** մեր մասնաբաժինը: Տե՛ս Գլուխ 7, Բաժին 2-ը՝ վտխատուցման համար մեր պլանին դիմելու վերաբերյալ տեղեկությունների համար:

ԲԱԺԻՆ 9 D մասի դեղերի ծածկույթ հատուկ իրավիճակներում

ԲԱԺԻՆ 9.1 Ինչպես վարվել, եթե հիվանդանոցում կամ որակավորված բուժֆույրական խնամքի հաստատությունում եք պլանով հատուցվող հոսպիտալացման համար

Եթե ընդունվել եք հիվանդանոց կամ որակավորված բուժֆույրական խնամքի հաստատություն՝ պլանով հատուցվող հոսպիտալացման համար, մենք, որպես կանոն, կհատուցենք հոսպիտալացման ընթացքում ձեր դեղատոմսային դեղերի ծախսը: Հիվանդանոցից կամ որակավորված բուժֆույրական խնամքի հաստատությունից ձեր դուրս գրվելուց անմիջապես հետո մենք կհատուցենք ձեր դեղատոմսային դեղերի ծախսն այնքան ժամանակ, քանի դեռ տվյալ դեղամիջոցները համապատասխանում են այս Գլխում ներկայացված հատուցման բոլոր կանոններին:

ԲԱԺԻՆ 9.2 Ինչպես վարվել, եթե Երկարաժամկետ խնամքի (LTC) հաստատության բնակիչ եք

Սովորաբար, Երկարաժամկետ խնամքի (LTC) հաստատությունը (ինչպես օրինակ՝ բուժֆույրական խնամքի տունը) ունի իր սեփական դեղատունը կամ օգտվում է այն դեղատնից, որը մատակարարում է դեղամիջոցներ իր բոլոր բնակիչների համար: Եթե LTC հաստատության բնակիչ եք, կարող եք ձեր դեղատոմսային դեղերը ստանալ հաստատության կամ վերջինիս կողմից կիրառվող դեղատնից, եթե այն մեր ցանցի մաս է կազմում:

Կարգացե՛ք ձեր *Դեղատների տեղեկատու*՝ պարզելու՝ արդյո՞ք ձեր LTC հաստատության դեղատունը կամ այն դեղատունը, որից օգտվում է հաստատությունը, ընդգրկված է մեր ցանցում: Եթե ոչ, կամ եթե ձեզ անհրաժեշտ են լրացուցիչ տվյալներ, կարող եք կապ հաստատել Անդամների սպասարկման ծառայության հետ՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 711): Եթե գտնվում եք LTC հաստատությունում, մենք պետք է վստահ լինենք, որ կարողանաք պարբերաբար ստանալ ձեր Մաս D-ի նպաստները մեր LTC դեղատների ցանցի միջոցով:

Եթե բնակվում եք LTC-ում և ձեզ անհրաժեշտ է դեղամիջոց, որը ներառված չէ մեր դեղերի ցանկում կամ որևէ կերպ սահմանափակված է, ապա ժամանակավոր կամ արտակարգ մատակարարման վերաբերյալ տեղեկատվության համար անցե՛ք Բաժին 5:

ԲԱԺԻՆ 9.3 Ինչպես վարվել, եթե նաև ստանում եք դեղամիջոցի ապահովագրություն գործատուի կամ կենսաթոշակառուների խմբի պլանով

Եթե ունեք դեղերի այլ ապահովագրական ծածկույթ ձեր (կամ ձեր անունում կամ գույքընկերոջ) գործատուի կամ թոշակառուների խմբի միջոցով, խնդրում ենք կապվել **այդ խմբի նպաստների ադմինիստրատորի հետ**: Նպաստների ադմինիստրատորը կօգնի ձեզ հասկանալ, թե ինչպես կաշխատի ձեր ընթացիկ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթը մեր պլանի դեպքում:

Ընդհանուր առմամբ, եթե դուք ունեք աշխատակցի կամ թոշակառուի խմբային ապահովագրություն, մեզնից ստացած դեղերի ապահովագրական ծածկույթը կլինի *երկրորդային* ձեր խմբային ապահովագրության համեմատ: Ինչը նշանակում է, որ ձեր խմբային ապահովագրությունը առաջինը կլինի:

Հատուկ նշում հավաստի ապահովագրության վերաբերյալ՝

Ամեն տարի ձեր գործատու կամ կենսաթոշակառուների խումբը պետք է ուղարկի ձեզ ծանուցում, որով կտեղեկացնի՝ արդյո՞ք հաջորդ օրացուցային տարվա համար ձեր դեղատոմսով դեղերի ապահովագրական ծածկույթը հաշվեգրելի է:

Եթե խմբային պլանի ապահովագրությունը **հաշվեգրելի** է, նշանակում է՝ պլանն ունի դեղերի ապահովագրական ծածկույթ, որով միջինում կվճարվի առնվազն **Medicare**-ի ստանդարտ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթի չափով:

Գլխիկ 5: Ինչպես օգտագործել պլանի ծածկույթը D մասի դեղերի համար

Պահպանե՛ք հաշվեգրելի ծածկույթի վերաբերյալ ցանկացած ծանուցում, քանի որ դրանք ձեզ հետագայում կարող են պետք գալ, ցույց տալու համար, որ պահպանել ե՛ք հաշվեգրելի ծածկույթը: Եթե չե՛ք ստացել հաշվեգրելի ապահովագրության ծանուցումը, դիմե՛ք ծանուցման պատճենը ձեր գործատուից կամ կենսաթոշակային պլանի նպաստների կառավարչից կամ արհմիությունից ստանալու համար:

ԲԱԺԻՆ 9.4 Ինչպես վարվել, եթե Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսպիս կենտրոնում ե՛ք

Հոսպիսը և մեր պլանը չեն հատուցում նույն դեղամիջոցը միաժամանակ: Եթե գրանցված ե՛ք Medicare հոսպիսի ծրագրում և ձեզ անհրաժեշտ են հոսպիսի կողմից չհատուցվող որոշակի դեղամիջոցներ (օրինակ՝ սրտխառնոցի դեմ դեղամիջոցներ, լուծողականներ, ցավազրկող միջոցներ կամ հանգստացնող պրեպարատներ), քանի որ դրանք կապված չեն ձեր անբուժելի հիվանդության և հարակից խնդիրների հետ, մեր պլանը պետք է ստանա ծանուցում դեղատոմսը նշանակողից կամ հոսպիսի ձեր մատակարարից այն մասին, որ դեղամիջոցը կապված չի եղել նախքան մեր պլանի միջոցով հատուցվելու հնարավորությունը: Մեր պլանով նախատեսված այս դեղամիջոցների ստացման ուժացումներից խուսափելու համար՝ դիմե՛ք հոսպիսի ձեր մատակարարին կամ դեղատոմսը նշանակողին մինչև դեղատոմսը դուրս գրելը ծանուցում տրամադրելու համար:

Եթե չեղյալ համարե՛ք ձեր հոսպիսի ընտրությունը կամ դուրս գրվե՛ք հոսպիսից, մեր պլանը պետք է հատուցի ձեր դեղամիջոցների համար՝ սույն փաստաթղթում ներկայացվածի համաձայն: Ձեր Medicare հոսպիսի նպաստի ավարտից հետո դեղատոմս հնարավոր ուժացումներից խուսափելու համար՝ անպայման դեղատոմսը ներկայացրե՛ք ձեր չեղարկումը կամ դուրսգրումը հավաստող փաստաթղթեր:

ԲԱԺԻՆ 10 Դեղերի ապահովության և դեղորայքի կառավարման ծրագրեր

Մենք մեր անդամների համար անցկացնում ենք դեղամիջոցների օգտագործման ստուգումներ՝ համոզվելու համար, որ նրանք ստանում են անվտանգ և պատշաճ խնամք:

Մենք ստուգում ենք անցկացնում ամեն անգամ, երբ դուք դեղատոմս ե՛ք ստանում: Մենք նաև պարբերաբար վերանայում ենք մեր գրառումները: Այս ստուգումների ընթացքում մենք փնտրում ենք հնարավոր խնդիրներ, ինչպիսիք են՝

- Հնարավոր դեղորայքային սխալներ
- Դեղեր, որոնք կարող են անհրաժեշտ չլինել, քանի որ դուք նույն հիվանդությունը բուժելու համար ընդունում ե՛ք այլ նմանատիպ դեղամիջոց
- Դեղեր, որոնք կարող են անվտանգ կամ համապատասխան չլինել ձեր տարիքի կամ սեռի պատճառով
- Դեղերի որոշակի համակցություններ, որոնք կարող են վնասել ձեզ, եթե միաժամանակ ընդունե՛ք
- Դեղատոմսեր այն դեղամիջոցների համար, որոնց բաղադրիչներն ալերգիկ ե՛ն ձեզ համար
- Հնարավոր սխալներ ձեր ընդունած դեղամիջոցի քանակի (դեղաչափի) մեջ
- Պարունակում են վտանգավոր քանակությամբ օփիոիդային ցավազրկող դեղամիջոցներ:

Եթե մենք տեսնենք ձեր կողմից դեղատոմսային դեղերի օգտագործման հետ կապված հնարավոր խնդիր, ապա կհամագործակցենք ձեր մատակարարի հետ՝ խնդիրը շտկելու նպատակով:

ԲԱԺԻՆ 10.1 Դեղերի կառավարման ծրագիր (DMP)՝ անդամներին օգնելու համար անվտանգ կերպով օգտագործել իրենց օփիոիդային դեղամիջոցները

Ծրագիր, որն օգնում է համոզվել, որ մասնակիցները բարեհաջող օգտագործում են դեղատոմսով տրվող օփիոիդներ և հաճախակի չարաժախվող այլ դեղամիջոցներ: Այս ծրագիրը կոչվում է Դեղերի կառավարման ծրագիր (DMP): Եթե օգտագործում ե՛ք օփիոնային դեղեր, որոնք ստանում ե՛ք տարբեր նշանակողներից կամ դեղատոմսերից կամ եթե վերջերս չարաժախել ե՛ք օփիոնը,

Գլխիկ 5: Ինչպես օգտագործել պլանի ծածկույթը D մասի դեղերի համար

մենք կարող ենք խոսել ձեր բժիշկների հետ՝ համոզվելու, որ դեղն ընդունում եք տեղին և այն բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է: Եթե մենք ձեր դեղատոմս գրողների հետ աշխատանքի արդյունքում որոշենք, որ ավիտինի կամ բենզոդիազեպինի պարունակությամբ ռեանակված դեղերի ընդունումը վտանգավոր է ձեզ համար, ապա կարող ենք սահմանափակել ձեր դեղամիջոցները ստանալու գործընթացը: Եթե մենք ձեզ ընդգրկում ենք մեր **DMP**-ում, սահմանափակումները կարող են լինել՝

- Պահանջել, որ դուք ձեր բոլոր ավիտինային կամ բենզոդիազեպինային դեղամիջոցների դեղատոմսերը ստանաք որոշակի դեղատնից(ներից):
- Պահանջել, որ դուք ձեր բոլոր ավիտինային կամ բենզոդիազեպինային դեղամիջոցների դեղատոմսերը ստանաք որոշակի ռեանակողից(ներից):
- Մեր կողմից ապահովագրված օփիոիդների կամ բենզոդիազեպինի ֆունկցիոնալ սահմանափակումներ:

Եթե մենք մտադրություն ունենանք սահմանափակել այս դեղամիջոցների ստացման եղանակը կամ քանակը, մենք ձեզ նախապես նամակ կուղարկենք: Նամակից կտեղեկանաք, թե արդյոք մենք կսահմանափակե՞նք ձեզ համար այս դեղերի տրամադրումը, թե՞ ձեզանից կպահանջվի ստանալ այդ դեղերի դեղատոմսերը միայն կոնկրետ մատակարարից կամ դեղատնից: Դուք հնարավորություն կունենաք հայտնելու ձեր նախընտրելի բժշկի կամ դեղատան, ինչպես նաև ձեր կարծիքով այլ կարևոր տեղեկությունների մասին: Եթե մենք որոշենք սահմանափակել այս դեղերի ապահովագրական ծածկույթը ձեզ համար, ձեր՝ պատասխանելու հնարավորություն ունենալուց հետո ձեզ կուղարկենք մեկ այլ նամակ՝ հաստատելով սահմանափակումը: Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել կամ համաձայն չեմք մեր որոշման կամ սահմանափակման հետ, դուք և ձեր դեղատոմս տրամադրող իրավունք ունեք բողոքարկել այն: Եթե բողոքարկեք, մենք կվերանայենք ձեր գործը և կհայտնենք նոր որոշման մասին: Եթե մենք շարունակենք մերժել ձեր հարցման որևէ մասը, որը վերաբերում է դեղորայքի ձեր հասանելիության սահմանափակումներին, մենք ավտոմատ կերպով կուղարկենք ձեր գործը մեր ծրագրից դուրս անկախ վերահսկիչ կազմակերպության: Տե՛ս բաժին 9 բողոքարկման դիմելու վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար:

Դուք չեք ներառվի մեր **DMP**-ում, եթե ունեք որոշակի առողջական վիճակներ, ինչպիսիք են ակտիվ ֆազիկեդի հետ կապված ցավը կամ մանգոլ բջջային հիվանդությունը, ստանում եք հոսպիտալից, պալիատիվ կամ կյանքի վերջին փուլի խնամք, կամ ապրում եք երկարաժամկետ խնամք տրամադրող հաստատությունում:

ԲԱԺԻՆ 10.2 Դեղորայքային թերապիայի կառավարման (MTM) ծրագիր՝ անդամներին օգնելու կառավարել իրենց դեղորայքի ընդունումը

Մենք ունենք մի ծրագիր, որը կարող է օգնել մեր անդամներին բարդ առողջական կարիքների դեպքում: Մեր պլանը կոչվում է դեղորայքային թերապիայի կառավարման (**MTM**) ծրագիր: Այս ծրագիրը կամավոր է և անվճար է: Դեղագործների և բժիշկների մի թիվ մեզ համար մշակել է այս ծրագիրը՝ օգնելու, որ մեր անդամները առավելագույն օգուտ ստանան իրենց ընդունած դեղերից:

Որոշ անդամներ, ովքեր ունեն որոշակի բրոնխի հիվանդություններ և ընդունում են դեղամիջոցներ, որոնք գերազանցում են դեղերի արժեքների որոշակի չափը կամ ընդգրկված են **DMP**-ում՝ օգնելու անդամներին ավիտինները անվտանգ կերպով օգտագործելու հարցում, կարող են ծառայություններ ստանալ **MTM** ծրագրի միջոցով: Դեղագործը կամ այլ բժշկական մասնագետը կտա ձեզ ամբողջական պատկեր ձեր բոլոր դեղերի մասին և կխոսի ձեզ հետ հետևյալի մասին: Անդրադարձի ընթացքում դուք կարող եք խոսել ձեր դեղամիջոցների, ձեր ծախսերի, ինչպես նաև ձեր դեղատոմսային և առանց դեղատոմսի դեղերի վերաբերյալ ունեցած ցանկացած խնդրի կամ հարցի մասին: Դուք կստանաք գրավոր ամփոփագիր, որը պարունակում է առաջարկվող անելիքների ցանկ, որը ներառում է այն ֆայլերը, որոնք պետք է ձեռնարկեք ձեր դեղամիջոցներից լավագույն արդյունքներ ստանալու համար: Անձնական դեղերի ցանկ, որը ներառում է ձեր ընդունած բոլոր դեղերը և ինչու եք դրանք ընդունում: Բացի այդ, **MTM** ծրագրի անդամները կստանան տեղեկատվություն վերահսկվող նյութեր հանդիսացող դեղատոմսային դեղերից անվտանգ կերպով ազատվելու վերաբերյալ:

Լավ գաղափար է ձեր բժշկի հետ խոսել դեղերի ներգործության ծրագրի և դեղերի ցանկի մասին: Բերեք այդ ներգործության պլանը և դեղերի ցանկը ձեզ հետ այցի ժամանակ կամ ցանկացած այլ ժամանակ, երբ խորհրդակցում եք ձեր բժշկի, դեղագործի

և այլ առողջապահական ծառայություններ մատուցողի հետ: Նաև պահե՛ք ձեր դեղերի ցանկը բարձրացված և ձեզ մոտ (օրինակ՝ ձեր անձը հաստատող վաստաթղթով՝ ID), եթե գնա՛ք հիվանդանոց կամ շտապ օգնության բաժանմունք:

Եթե մեկն ունենե՛ք ձեր կարիքների համապատասխանող ծրագիր, մեկն կանդամագրե՛նք ձեզ ծրագրում և կուղարկե՛նք ձեզ համապատասխան տեղեկություններ: Եթե որոշե՛ք չմասնակցել, խնդրում ենք տեղեկացնել մեզ, և մեկն կհեռացնե՛նք ձեզ անդամությունից: Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները՝ 711) լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար:

Գլուխ 6:

Որքան եք վճարում ձեր D մասի դեղերի համար

ԲԱԺԻՆ 1 Որքան եք վճարում ձեր D մասի դեղերի համար

Այս գլխում «դեղ» ասելով նկատի ունենք Մաս D-ի դեղատոմսային դեղ: Ոչ բոլոր դեղերն են D մասի դեղեր: Որոշ դեղեր օրենքով բացառված են Մաս D ծածկույթից: Մաս D-ից բացառված որոշ դեղեր հատուցվում են Medicare Part A-ի կամ Part B-ի շրջանակում:

Վճարման տեղեկատվությունը հասկանալու համար դուք պետք է իմանաք, թե որ դեղերն են ապահովագրված, որտեղից պետք է ստանաք ձեր դեղատոմսի դեղերը և ինչ կանոններ պետք է պահպանեք ձեր ապահովագրված դեղերը ստանալիս: Գլուխ 5-ում բացատրվում են այս կանոնները: Երբ օգտագործում եք մեր պլանի «Իրական ժամանակի նպաստների գործիքը»՝ դեղերի ծածկույթը որոնելու համար (centralhealthplan.com), ձեր տեսած արժեքը ցույց է տալիս ձեր գրպանից վճարվող ծախսերի մոտավոր արժեքը: Դուք կարող եք «Իրական ժամանակի նպաստների գործիքի» կողմից տրամադրված տեղեկատվությունը ստանալ նաև զանգահարելով Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711):

Ինչպե՞ս կարող եք տեղեկություններ ստանալ ձեր դեղերի արժեքների մասին, եթե դուք ստանում եք «Extra Help» ձեր Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի արժեքների հետ կապված:

Քանի որ իրավունակ եք միանալու Medicaid-ին, ապա ստանում եք «Extra Help» Medicare-ի կողմից, որն օգնում է վճարել դեղատոմսային դեղերի պլանի ծախսերը: Քանի որ դուք ստանում եք «Extra Help», այս *Ապահովագրության վկայագրում ներկայացված որոշ տեղեկություններ՝ Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի մասին կարող է չկիրառվել ձեր դեպքում:* Մենք ձեզ ուղարկել ենք առանձին ներդիր, որը կոչվում է *Ապահովագրության վկայագիր այն մարդկանց համար, ովքեր Extra Help են ստանում դեղատոմսային դեղերի համար վճարելու նպատակով* (նաև հայտնի է որպես *Ցածր եկամուտ ունեցողների լրավորի պայմաններ* կամ *LIS Rider*), որը տեղեկացնում է ձեզ ձեր դեղերի արժեքների մասին: Այս ներդիրը չունենալու դեպքում, զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711) և դիմեք ուղարկելու «*LIS Rider*»-ը:

ԲԱԺԻՆ 1.1 Ապահովագրված դեղերի համար գրպանից կատարվող հնարավոր ծախսերի տեսակները

Ապահովագրված Մաս D-ի դեղորայքի համար գոյություն ունեն 3 տարբեր տեսակի սեփական գրպանից վճարվող գումարներ, որոնք կարող են ձեզանից պահանջվել.

- **Ֆրանսիզա** -ն դեղերի համար վճարվող գումարն է, նախքան մեր պլանը սկսի վճարել իր բաժինը:
- **Համավճարը** ֆիզսված գումար է, որը դուք վճարում եք ամեն անգամ, երբ դեղատոմս եք ստանում:
- **Համատեղ ապահովագրավճարը** ամեն անգամ դեղատոմսի դեղերը ստանալիս ձեր վճարած ընդհանուր արժեքի տոկոսն է:

ԲԱԺԻՆ 1.2 Ինչպես է Medicare-ը հաշվարկում ձեր գրպանից կատարվող ծախսերը

Medicare-ն ունի կանոններ այն մասին, թե ինչն է ներառվում և ինչը չի ներառվում ձեր գրպանից կատարվող ծախսերի մեջ:

Ահա այն կանոնները, որոնց մեկն պետք է հետևենք՝ ձեր գրպանից կատարվող ծախսերին հետևելու համար:

Այս վճարումները ներառված են ձեր գրպանից կատարվող ծախսերի մեջ

Ձեր լրացուցիչ ծախսերը ներառում են ստորև նշված վճարումները (Քանի դեռ վերաբերում են Մաս D-ի շրջանակներում ապահովագրված դեղերին, և դուք հետևել եք Գլխիկ 5-ում ներկայացված դեղերի ապահովագրական ծածկույթի կանոններին):

- Դեղերի համար վճարվող գումարը, երբ դուք գտնվում եք դեղերի վճարման հետևյալ փուլերից որևէ մեկում՝
 - Չնվազեցվող գումարի փուլ
 - Սկզբնական ապահովագրության փուլ
- Այս օրացուցային տարվա ընթացքում Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի այլ ծրագրի անդամ լինելուց առաջ կատարված ցանկացած վճարում՝ նախքան մեր ծրագրին միանալը:
- Ձեր դեղերի համար կատարված ցանկացած վճարում՝ ընտանիքի անդամների կամ ընկերների կողմից
- Ձեր դեղերի համար կատարված ցանկացած վճարում՝ Medicare-ի «Extra Help», գործատուի կամ արհմիության առողջապահական ծրագրերի, Հնդկական Առողջապահական Ծառայության, AIDS-ի դեղամիջոցների օգնության ծրագրերի, Նահանգային Դեղագործական Օգնության Ծրագրերի (SPAPs) և մեծամասնություն կազմող բարեգործական կազմակերպությունների կողմից:

Անցնել Ադետային ապահովագրության փուլին.

Երբ դուք (կամ ձեր անունից վճարողները) ընդհանուր առմամբ ծախսել եք \$2,100 ձեր գրպանից՝ տվյալ օրացուցային տարվա ընթացքում, դուք սկզբնական ապահովագրության փուլից կանցնեք Ադետային ապահովագրության փուլ:

Այս վճարումները ներառված չեն ձեր գրպանից կատարվող ծախսերի մեջ

Ձեր գրպանից կատարվող ծախսերը **չեն ներառում** հետևյալ տեսակի վճարումները.

- Դեղերը, որոնք դուք գնում եք Միացյալ Նահանգներից և նրա տարածքներից դուրս:
- Դեղեր, որոնք չեն փոխհատուցվում մեր պլանի միջոցով:
- Դեղեր, որոնք ստանում եք ցանցից դուրս դեղատոնից, և որոնք չեն համապատասխանում պլանի՝ ցանցից դուրս ապահովագրության պահանջներին:
- Մաս D-ից դուրս դեղերը, ներառյալ Մաս A-ի կամ Մաս B-ի շրջանակներում տրամադրվող դեղատոմսային դեղերը և Medicare-ի տրամադրման տիրույթից դուրս այլ դեղամիջոցները:
- Դեղատոմսային դեղերի համար ձեր կատարած վճարումները, որոնք սովորաբար չեն ներառվում Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի պլանում:
- Ձեր դեղերի համար վճարումները, որոնք կատարվում են որոշակի ապահովագրական ծրագրերի և կառավարության կողմից ֆինանսավորվող առողջապահական ծրագրերի կողմից, ինչպիսիք են TRICARE-ը և Վետերանների կարգերով զբաղվող ծրագրերը (Veteran's Health Administration, VA):
- Ձեր դեղերի համար երրորդ կողմի կատարած վճարումները, որը իրավական պարտավորություն ունի վճարելու դեղատոմսերի ծախսերը (օրինակ՝ աշխատողների փոխհատուցում):
- Դեղերի մատակարարների կողմից Մատակարարի գեղջերի ծրագրի շրջանակներում կատարված վճարումները:

Հիշեցնում էք որևէ այլ կազմակերպություն, օրինակ՝ վերը նշվածներից որևէ մեկը, վճարում է ձեր դեղերի անձնական ծախսերի մի մասը կամ ամբողջը, դուք պարտավոր եք այդ մասին տեղեկացնել մեր պլանին՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711):

Գլխիկ 6: Որքան եք վճարում ձեր D մասի դեղերի համար

Ձեր կողմից վճարվող ընդհանուր գումարի վերահսկում

- Ձեր ստացած *Մաս D-ի նպաստների բացատրության (EOB)* գեղարվեստը ներառում է ձեր գրպանից կատարված ծախսերի ներկայիս գումարը: Երբ այս գումարը հասնում է \$2,100-ի, *Մաս D EOB-ը* ձեզ կտեղեկացնի, որ դուք դուրս եք եկել սկզբնական ապահովագրության փուլից և անցել եք Ադետային ապահովագրության փուլ:
- **Համոզվեք, որ մենք ստանում ենք մեզ անհրաժեշտ ողջ տեղեկատվությունը:** Բաժին 3.1-ը նկարագրում է, թե ինչ կարող եք անել՝ ձեր ծախսերի վերաբերյալ մեր գրառումները ամբողջական և արդիական դարձնելու համար:

ԲԱԺԻՆ 2 Դեղերի վճարման փուլեր Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) -ի անդամների համար

Դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթը ներառում է **դեղերի վճարման 3 փուլ**՝ Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) պլանի շրջանակում: Ձեր վճարած գումարը կախված է դեղերի վճարման փուլից, երբ լրացնում կամ համալրում եք դեղատոմսը: Յուրաքանչյուր փուլի վերաբերյալ մանրամասները բացատրված են այս գլխիկում: Այդ փուլերն են՝

Փուլ 1՝ Տարեկան չհատուցվող գումարի փուլ

Փուլ 2՝ Սկզբնական ապահովագրության փուլ

Փուլ 3՝ Ադետային ապահովագրության փուլ

ԲԱԺԻՆ 3 Ձեր Մաս D-ի արտոնությունների բացատրությունը բացատրում է, թե վճարման որ փուլում եք գտնվում

Մեր պլանը հետևում է ձեր դեղատոմսային դեղերի արժեքներին և ձեր կատարած վճարումներին, երբ դեղատոմսը ստանում կամ վերստանում եք ձեր դեղատոմսերի դեղերը: Այսպես մենք կարող ենք ձեզ ասել, թե երբ եք անցել դեղերի վճարման մեկ փուլից մյուսին: Մասնավորապես, մենք հետևում ենք երկու տեսակի ծախսերի.

- Մենք հետևում ենք, թե ինչքան եք դուք վճարել: Սա կոչվում է **ձեր գրպանից կատարվող ծախսեր**: Սա ներառում է այն գումարը, որը դուք ծախսել եք ապահովագրված *Մաս D* դեղերի ձեռքբերման համար, ընտանիքի կամ ընկերների կողմից ձեր դեղատոմսերի համար կատարվող ցանկացած ծախս և ձեր դեղերի համար կատարված ցանկացած ծախս, որը տրամադրվում է **Medicare-ի «Լրացուցիչ օգնության»**, գործատուի կամ արհմիության առողջապահական պլանների, **TRICARE-ի**, Հնդկացիկան Առողջապահական Ծառայության, **ՋԻԱՀ-ի** դեղերի աջակցման ծրագրերի, բարեգործական կազմակերպությունների և Պետական դեղագործական աջակցման ծրագրերի մեծ մասի (**SPAPs**) կողմից:
- Մենք հետևում ենք ձեր **Դեղերի ընդհանուր արժեքներին**: Սա ձեր *Մաս D-ի* շրջանակներում տրամադրվող դեղերի համար կատարված բոլոր վճարումների ընդհանուր գումարն է: Ան ներառում է պլանի կողմից վճարված գումարները, ինչպես նաև այլ ծրագրերից կամ կազմակերպություններից ձեր ապահովագրված *Մաս D* դեղերի համար կատարվող վճարումները:

Եթե նախորդ ամսվա ընթացքում ծրագրի միջոցով ստացել եք մեկ կամ ավելի դեղատոմսեր, մենք ձեզ կառաջարկենք *Մաս D-ի EOB*: *Մաս D-ի EOB-ը* ներառում է.

- **Տեղեկատվություն՝ ամսվա համար**: Այս հաշվետվությունը ներկայացնում է դեղատոմսերի վճարման մանրամասները, որոնց դեղերը դուք ստացել եք նախորդ ամսվա ընթացքում: Այն ցույց է տալիս ընդհանուր դեղերի արժեքները, որքան ենք մենք վճարել և որքան եք դուք կամ ձեզ համար վճարող այլ անձի վճարել:
- **Հունվարի 1-ից ի վեր տարվա ընդհանուր գումարը**: Սա կոչվում է տարվա սկզբից մինչև օրս տեղեկատվություն: Այն ցույց է տալիս դեղերի ընդհանուր արժեքները և ձեր դեղերի համար կատարված ընդհանուր վճարումները տարվա սկզբից ի վեր:

Գլխիկ 6: Որքան եք վճարում ձեր D մասի դեղերի համար

- **Տեղեկատվություն՝ դեղերի գների վերաբերյալ:** Այս տեղեկատվությունը կցուցադրի դեղամիջոցի ընդհանուր գինը, ինչպես նաև տեղեկատվությունն ունի ֆանալի յուրաքանչյուր դեղատոմսի առաջին տրամադրումից հետո գնաճի մասին:
- **Ավելի ցածր գնով հասանելի այլընտրանքային դեղատոմսեր:** Սա կներառի տեղեկատվություն այլ հասանելի դեղերի մասին, որոնք ծախսերի ավելի ցածր մասնաբաժին են պահանջում յուրաքանչյուր դեղատոմսի պահանջի համար, եթե կիրառելի է:

ԲԱԺԻՆ 3.1 Օգնեք մեզ արդիական պահել ձեր դեղերի վճարումների վերաբերյալ մեր տեղեկատվությունը

Ձեր դեղերի արժեքներին և դրանց համար ձեր կատարած վճարումներին հետևելու համար մենք օգտագործում ենք դեղատներից ստացված գրառումները: Ահա, թե ինչպես կարող եք օգնել մեզ պահել ձեր տեղեկատվությունը ճիշտ և թարմացված.

- **Ցույց տվեք ձեր անդամակցության ֆարտը ամեն անգամ, երբ դեղատոմսային դեղեր եք ստանում:** Այն օգնում է մեզ տեղեկացված լինել ձեր կողմից լրացվող դեղատոմսերի և ձեր վճարումների մասին:
- **Համոզվեք, որ մենք ստանում ենք մեզ անհրաժեշտ ողջ տեղեկատվությունը:** Լինում են դեպքեր, երբ դուք կարող եք վճարել դեղատոմսով դեղի ամբողջ արժեքը: Այս դեպքերում մենք ավտոմատ կերպով չենք ստանա այն տեղեկատվությունը, որն անհրաժեշտ է ձեր գրպանից կատարած ծախսերին հետևելու համար: Ձեր գրպանից կատարած ծախսերին հետևելու համար մեզ տրամադրեք ձեր կտրոնների պատճենները: **Ահա մի ֆանի օրինակ, թե երբ պետք է արամադրեք ձեր դեղատոմսերի պատճենները՝**
 - Երբ գնում եք փոխհատուցվող դեղարայք ցանցային դեղատներից հատուկ գնով կամ օգտվում եք զեղչային ֆարտից, որը մեր պլանի նպաստների մաս չի կազմում,
 - Երբ վճարում եք համավճար այն դեղի համար, որը ստանում եք դեղագործական ընկերության հիվանդների աջակցման ծրագրի շրջանակներում,
 - Ամեն անգամ, երբ գնում եք ապահովագրված դեղեր արտացանցային դեղատներից կամ երբ վճարում եք փոխհատուցվող դեղի ամբողջական գինը հատուկ հանգամանքներում:
 - Եթե ձեզ հաշիվ են ներկայացնում փոխհատուցվող դեղամիջոցի համար, կարող եք դիմել մեր ծրագրին՝ արժեքի մեր բաժինը վճարելու համար: Հրահանգների համար տե՛ս Գլուխ 7, Բաժին 2:
- **Ուղարկեք մեզ այլ անձանց կողմից ձեզ համար կատարված վճարումների մանրամասները:** Որոշակի անձանց կամ կազմակերպությունների կողմից կատարված վճարումները նույնպես վերագրվում են ձեր գրպանից արված ծախսերին: Օրինակ, ԶԻԱՀ -ի դեղերի աջակցման պլանի (ADAP), Հնդկացիական առողջապահական ծառայության և բարեգործական հաստատությունների մեծամասնության կողմից կատարված վճարումները վերագրվում են ձեր կանխիկ ծախսերին: Պահեք այս վճարումների ռեկորդները և ուղարկեք դրանք մեզ, որպեսզի կարողանանք հետևել ձեր ծախսերին:
- **Ստուգեք ձեզ ուղարկված գրավոր զեկույցը:** Երբ դուք ստանում եք *Մա D-ի EOB*, ստուգեք այն՝ համոզվելու համար, որ տեղեկատվությունն ամբողջական է և ճշգրիտ: Եթե գտնում եք, որ ինչ-որ բան թերի է կամ հարցեր ունեք, գանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն հետևյալ համարով՝ (866) 314-2427 (TTY օգտատերերը կարող են գանգահարել՝ 711): Ծրագրի անդամները կարող են հասանելիություն ունենալ իրենց EOB-ներին առցանց՝ Caremark.com: Անպայման պահեք այս հաշվետվությունները:

ԲԱԺԻՆ 4 Չհատուցվող վճարի փուլ

Քանի որ մեր անդամների մեծ մասը ստանում է «Լրացուցիչ օգնություն» իրենց դեղատոմսային դեղերի արժեքների համար, չհատուցվող վճարի փուլը չի տարածվում անդամների մեծ մասի վրա: Եթե ստանում եք «Լրացուցիչ օգնություն», վճարման այս փուլը ձեզ չի վերաբերում:

Ձեր չհատուցվող վճարի գումարի վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս առանձին ներդիրը (LIS Rider):

Գլուխ 6: Որքան եք վճարում ձեր D մասի դեղերի համար

Եթե դուք չեք ստանում «Լրացուցիչ օգնություն», ապա ինքնավճարի փուլը ձեր դեղերի տրամադրման առաջին վճարման փուլն է: Այս փուլը սկսվում է, երբ դուք լրացնում եք տարվա ձեր առաջին դեղատոմսը: Երբ դուք վճարման այս փուլում եք, **պետք է վճարեք ձեր դեղերի ամբողջ արժեքը** մինչև հասնեք պլանի պայմանականորեն չհատուցվող գումարի չափին, որն է՝ \$250 2026թ. -ի համար: Չհատուցվող վճարը չի տարածվում ապահովագրված ինսուլինային արտադրանքների և մեծահասակների Մաս D-ի պատվաստանյութերի մեծ մասի վրա, ներառյալ հերպես զոստերի, փայտացման և հանապարհորդական պատվաստանյութերը: Դուք կվճարեք \$250 տարեկան ֆրանսիզա 2-5 մակարդակի դեղերի համար: **Դուք պետք է վճարեք 2-5 մակարդակի ձեր դեղերի ամբողջական արժեքը** նախքան կհասնեք ծրագրի ֆրանսիզայի գումարին: Մնացած բոլոր դեղերի համար դուք պարտավոր չեք լինի վճարել որևէ ինքնավճար: **Ամբողջական արժեքը** սովորաբար ավելի ցածր է, քան դեղամիջոցի սովորական ամբողջական արժեքը, քանի որ մեր պլանը ցանցային դեղատներում բանակցել է դեղերի մեծ մասի համար ավելի ցածր գների շուրջ: Դեղամիջոցների ամբողջական արժեքը, որոնք ունեն բանակցված գին՝ ըստ Medicare-ի Drug Price Negotiation Program, չի կարող գերազանցել առավելագույն արդար գինը՝ գումարած դեղի տրամադրման վճարը:

Հենց որ վճարեք \$250 ձեր 2-5 մակարդակի դեղերի համար, դուք դուրս կգամ ֆրանսիզայի փուլից և կմտնեք սկզբնական ապահովագրության փուլ:

ԲԱԺԻՆ 5 Սկզբնական ապահովագրության փուլ

ԲԱԺԻՆ 5.1 Դեղամիջոցի համար վճարվող գումարը կախված է դեղամիջոցից և նրանից, թե որտեղ եք դեղատոմսի դեղերը ստանում:

Սկզբնական ապահովագրության փուլում մեր պլանը վճարում է ձեր փոխհատուցվող դեղատոմսային դեղերի արժեքների իր մասը, իսկ դուք վճարում եք ձեր մասը (ձեր համավճարի կամ համատեղ ապահովագրավճարի գումարը): Ծախսերի ձեր բաժինը կտարբերվի՝ կախված դեղամիջոցից և նրանից, թե որտեղից եք դուք ստանում ձեր դեղատոմսը:

Մեր պլանը ներառում է ծախսերի բաժնման վեց (6) մակարդակ

Պլանի Դեղերի ցանկում ներառված յուրաքանչյուր դեղամիջոց վեց (6) ծախսերի մասնաբաժնի որևէ մակարդակում է: Ընդհանուր առմամբ, որքան բարձր է ծախսերի բաժնման մակարդակը, այնքան ավելի բարձր է ձեր դեղի արժեքը:

- Մակարդակ 1՝ Նախընտրելի ջեներիկ
- Մակարդակ 2՝ Ջեներիկ
- Մակարդակ 3՝ Նախընտրելի ապրանքանիշ
- Մակարդակ 4՝ Ոչ նախընտրելի դեղամիջոց
- Մակարդակ 5՝ Ջեներիկ
- Մակարդակ 6՝ Ընտրովի խնամքի դեղամիջոցներ

Պարզելու համար՝ ծախսերի մասնաբաժնի որ մակարդակում է գտնվում ձեր դեղամիջոցը, փնտրեք այն պլանի դեղերի ցանկում:

Դեղատների ձեր ընտրությունը

Դեղի համար ձեր վճարելիք գումարի չափը կախված է նրանից, թե արդյոք այն ստանում եք՝

- Ցանցային մանրածախ դեղատնից
- Դեղատնից, որը չի մտնում ծրագրի ցանցում: Մենք ապահովագրում ենք ցանցից դուրս դեղատներում դուրս գրված դեղատոմսերը միայն սահմանափակ դեպքերում: Խնդրում ենք տեսնել 5-րդ գլխի 2.5 բաժինը՝ պարզելու համար, թե երբ ենք մենք ապահովագրելու ցանցից դուրս դեղատները տրված դեղատոմսեր:
- Մեր ծրագրի փոստային պատվերների դեղատնից:

Գլխիկ 6: Որքան եւ վճարում ձեր D մասի դեղերի համար

Այս դեղատների ընտրության և ձեր դեղատոմսերը դուրս գրելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Գլխիկ 5-ը կամ ծրագրի Մատակարար/Դեղատների տեղեկատուը:

ԲԱԺԻՆ 5.2 Ձեր արժեքները փոխհատուցվող դեղերի մեկամսյա խմբաբանակի համար

Սկզբնական ապահովագրության փուլում ապահովագրված դեղամիջոցի արժեքի ձեր բաժինը կլինի կամ համավճար, կամ համատեղ ապահովագրվման:

Մաս D-ի փոխհատուցվող դեղերի մեկամսյա դեղապաշարի ձեր արժեքները

Քանի որ դուք իրավունակ եւ միանալու Medicaid-ին, ապա ստանում եք «Extra Help» Medicare-ի կողմից, որն օգնում է վճարել դեղատոմսային դեղերի պլանի համար: Քանի որ դուք օգտվում եք “Extra Help” ծրագրից, Ապահովագրության վկայագրի մեջ առկա Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի արժեքների մասին որոշակի տեղեկատվություն հնարավոր է ձեզ չվերաբերի: Մենք ձեզ ուղարկել ենք առանձին ներդիր, որը կոչվում է Ապահովագրության վկայագիր այն մարդկանց համար, ովքեր կրացուցիչ օգնություն են ստանում դեղատոմսային դեղերի համար վճարելու նպատակով (նաև հայտնի է որպես Ցածր եկամուտ ունեցողների լրավմանի պայմաններ կամ LIS Rider), որը տեղեկացնում է ձեզ ձեր դեղերի արժեքների մասին: Այս ներդիրը չունենալու դեպքում, զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն և դիմեք ուղարկելու «LIS Rider»-ը:

Մակարդակ	Ստանդարտ մանրածախ ծախսերի բաժանում՝ ցանցի ներսում (մինչև 31 օրվա խմբաբանակ)	Փոստային պատվերի ծախսերի բաժանում (մինչև 31 օրվա խմբաբանակ)	Երկարաժամկետ խնամքի (LTC) ծախսերի բաժանում (մինչև 31 օրվա խմբաբանակ)	Ցանցից դուրս ծախսերի բաժանում (Փոխհատուցումը սահմանափակվում է որոշակի իրավիճակների համար. մանրամասների համար տե՛ս 5-րդ գլուխը): (մինչև 31 օրվա խմբաբանակ)
Ծախսերի բաշխման մակարդակ 1 (Նախընտրելի է ջեներիկ)	\$0	\$0	\$0	\$0
Ծախսերի բաշխման մակարդակ 2 (Ջեներիկ)	\$0, \$1.60 կամ \$4 համավճար՝ (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք դիտարկվում են որպես ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար մեկ դեղատոմսի բոլոր դեղերի համար	\$0, \$1.60 կամ \$4 համավճար՝ (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք դիտարկվում են որպես ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար մեկ դեղատոմսի բոլոր դեղերի համար	\$0, \$1.60 կամ \$4 համավճար՝ (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք դիտարկվում են որպես ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար մեկ դեղատոմսի բոլոր դեղերի համար	\$0, \$1.60 կամ \$4 համավճար՝ (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք դիտարկվում են որպես ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար մեկ դեղատոմսի բոլոր դեղերի համար

Գլուխ 6: Որքան եք վճարում ձեր D մասի դեղերի համար

<p>Մակարդակ</p>	<p>Ստանդարտ մանրածախ ծախսերի բաժանում՝ ցանցի ներսում (մինչև 31օրվա խմբաբաժանակ)</p>	<p>Փոստային պատվերի ծախսերի բաժանում (մինչև 31օրվա խմբաբաժանակ)</p>	<p>Երկարաժամկետ խնամքի (LTC) ծախսերի բաժանում (մինչև 31օրվա խմբաբաժանակ)</p>	<p>Յանցից դուրս ծախսերի բաժանում (Փոխհատուցումը սահմանափակվում է որոշակի իրավիճակների համար. մանրամասների համար տե՛ս 5-րդ գլուխը): (մինչև 31օրվա խմբաբաժանակ)</p>
<p>Ծախսերի բաժանման մակարդակ 3 (Նախընտրելի ապրանքանիշ)</p>	<p>\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համալինար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համալինար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար</p>	<p>\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համալինար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համալինար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար</p>	<p>\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համալինար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համալինար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար</p>	<p>\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համալինար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համալինար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար</p>
<p>Ծախսերի բաժանման մակարդակ 4 (Ոչ նախընտրելի դեղամիջոց)</p>	<p>\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համալինար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համալինար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար</p>	<p>\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համալինար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համալինար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար</p>	<p>\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համալինար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համալինար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար</p>	<p>\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համալինար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համալինար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար</p>

Գլխիկ 6: Որքան է վճարում ձեր D մասի դեղերի համար

Մակարդակ	Ստանդարտ մանրածախ ծախսերի բաժանում՝ ցանցի ներսում (մինչև 31օրվա խմբաբաժանակ)	Փոստային պատվերի ծախսերի բաժանում (մինչև 31օրվա խմբաբաժանակ)	Երկարաժամկետ խնամքի (LTC) ծախսերի բաժանում (մինչև 31օրվա խմբաբաժանակ)	Յանցից դուրս ծախսերի բաժանում (Փոխհատուցումը սահմանափակվում է որոշակի իրավիճակների համար. մանրամասների համար տե՛ս 5-րդ գլխիկը): (մինչև 31օրվա խմբաբաժանակ)
Մասերի բաժանման մակարդակ 5 (Մասնագիտացված մակարդակ)	\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համալինար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համալինար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար	\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համալինար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համալինար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար	\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համալինար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համալինար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար	\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համալինար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համալինար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար
Մասերի բաժանման մակարդակ 6 (Ընտրովի խնամքի դեղամիջոցները)	\$0	\$0	\$0	\$0

Մաս D-ի պատվաստանյութերի ծախսերի բաժանման վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք անդրադարձնալ այս գլխիկի 8-րդ բաժնին:

ԲԱԺԻՆ 5.3 Եթե ձեր բժիշկը նշանակում է մեկ ամսվա խմբաբաժանակից պակաս, դուք գուցե ստիպված չլինեք վճարել ամբողջ ամսվա խմբաբաժանակի արժեքը:

Սովորաբար, դեղատոմսով դեղամիջոցի համար վճարվող գումարը ներառում է ամբողջ ամսվա խմբաբաժանակը: Կարող են լինել դեպքեր, երբ դուք կամ ձեր բժիշկը ցանկանաք ունենալ դեղի մեկամսյա խմբաբաժանակից պակաս (օրինակ՝ երբ առաջին անգամ էք փորձում դեղամիջոցը): Կարող է նաև խնդրել ձեր բժիշկին նշանակել, իսկ դեղագործին՝ տրամադրել ձեր դեղերի մեկամսյա խմբաբաժանակից պակաս, եթե դա կօգնի ձեզ ավելի լավ պլանավորել տարբեր դեղատոմսերի լրացման ամսաթվերը:

Եթե դուք ստանում եք որոշակի դեղերի մեկամսյա խմբաբաժանակից պակաս, ապա դուք պարտավոր չեք լինի վճարել ամբողջ ամսվա խմբաբաժանակի համար:

- Եթե դուք պատասխանատու եք համատեղ ապահովագրվողի համար, դուք վճարում եք դեղամիջոցի ընդհանուր արժեքի որոշակի *սուկուսը*: Քանի որ համալինարը հիմնված է դեղամիջոցի ընդհանուր արժեքի վրա, ձեր ծախսը կլինի ավելի ցածր, քանի որ դեղամիջոցի ընդհանուր արժեքն էլ ավելի ցածր կլինի:

Գլուխ 6: Որքան եւ վճարում ձեր D մասի դեղերի համար

- Եթե դուք պատասխանատու եւ դեղամիջոցի համավճարի համար, ապա կվճարեք միայն դեղամիջոցի ստացման օրերի համար միայն՝ ամբողջ ամսվա փոխարեն: Մենք հաշվարկելու ենք ձեր դեղի համար օրական վճարվող գումարը («օրական ծախսերի բաժնման դրույթաչափը») և այն կբազմապատկենք ձեր ստացած դեղի օրերի քանակով:

ԲԱԺԻՆ 5.4 Ձեր արժեքները Ապահովագրված Մաս D դեղերի երկարատև (մինչև 100օր) պաշարի համար

Որոշ դեղերի համար դուք կարող եք ստանալ երկարատև մատակարարում (նաև կոչվում է երկարաձգված մատակարարում): Երկարատև մատակարարումը կազմում է մինչև 100 օրվա պաշար:

Ձեր արժեքները Ապահովագրված Մաս D դեղերի երկարատև պաշարի համար

Մակարդակ	Ստանդարտ մանրածախ ծախսերի բաժնում (ցանցի ներսում) (100-օրյա պաշար)	Փոստային պատվերի ծախսերի բաժանում (100-օրյա պաշար)
Ծախսերի բաժնման մակարդակ 1 (Նախընտրելի է ջեներիկ)	\$0	\$0
Ծախսերի բաժնման մակարդակ 2 (Ջեներիկ)	\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համավճար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար	\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համավճար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար
Ծախսերի բաժնման մակարդակ 3 (Նախընտրելի ապրանքանիշ)	\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համավճար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար	\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համավճար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար
Ծախսերի բաժնման մակարդակ 4 (Ոչ նախընտրելի դեղամիջոց)	\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համավճար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար	\$0, \$1.60 կամ \$5.10 համավճար՝ ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ՝ ապրանքանիշային դեղամիջոցները, որոնք համարվում են ջեներիկ) \$0, \$4.90 կամ \$12.65 համավճար՝ բոլոր մյուս դեղատոմսով դեղերի համար
Ծախսերի բաժնման մակարդակ 5 (Մասնագիտացված մակարդակ)	Հինգերորդ (5) մակարդակում երկարատև դեղապաշարը հասանելի չէ:	Հինգերորդ (5) մակարդակի երկարատև դեղապաշարի համար փոստային պատվերը հասանելի չէ:
Ծախսերի բաժնման մակարդակ 6 (Ընտրովի խնամքի դեղամիջոցները)	\$0	\$0

ԲԱԺԻՆ 5.5 Դուք մնում եք Սկզբնական ապահովագրության փուլում այնքան ժամանակ, մինչև ձեր անձնական ծախսերը հասնեն՝ \$2,100-ի

Դուք մնում եք սկզբնական ապահովագրության փուլում, մինչև ձեր գրպանից կատարած ընդհանուր ծախսերի թիվը հասնի \$2,100-ի: Այնուհետև դուք անցնում եք Ադետային ապահովագրության փուլ:

Մաս D-ի EOB-ը, որը դուք ստանում եք, կօգնի ձեզ հետևել, թե տարվա ընթացքում որքան գումար եք ծախել դուք, ծրագիրը և ցանկացած երրորդ կողմ՝ ձեր անունից: Ոչ բոլոր անդամները կհասնեն գրպանից կատարվող ծախսերի տարեկան \$2,100 սահմանաչափին:

Մենք ձեզ կտեղեկացնենք, եթե հասնեք այդ գումարին: Տե՛ս 1.3 բաժինը՝ իմանալու, թե ինչպես է Medicare-ը հաշվարկում ձեր գրպանից կատարվող ծախսերը:

ԲԱԺԻՆ 6 Ադետային ապահովագրության փուլ

Ադետային *ապահովագրության* փուլում դուք ոչինչ չեք վճարում ապահովագրված D մասի դեղերի համար: Դուք մուտք եք գործում Ադետային ապահովագրության փուլ, երբ ձեր գրպանից կատարվող ծախսերը հասել են օրացուցային տարվա համար նախատեսված \$2,100 սահմանաչափին: Երբ դուք հասնեք Ադետային ապահովագրության փուլ, դուք կմնաք այս վճարման փուլում մինչև օրացուցային տարվա ավարտը:

Վճարման այս փուլում դուք ոչինչ չեք վճարում ապահովագրված Մաս D-ի դեղերի համար:

ԲԱԺԻՆ 7 Որքան է վճարում ձեր D մասի պատվաստանյութերի համար

Կարևոր հաղորդագրություն պատվաստանյութերի համար վճարած գումարի մասին: Որոշ պատվաստանյութեր համարվում են բժշկական նպաստներ և ներառված են Մաս B-ի շրջանակներում: Մյուս պատվաստանյութերը համարվում են Մաս D-ի դեղեր: Կարող եք գտնել այս պատվաստանյութերը պլանի դեղերի ցանկում: Մեր պլանը ձեզ համար փոխհատուցում է Մաս D-ի պատվաստանյութերի մեծ մասը: Հատուկ պատվաստանյութերի վերաբերյալ ապահովագրության և ծախսերի բաշխման մանրամասների համար դիմեք ձեր պլանի Դեղերի ցանկին կամ կապվեք Անդամների սպասարկման ծառայության հետ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 711):

Գոյություն ունեն Մաս D-ի պատվաստանյութերի փոխհատուցման 2 մասեր՝

- Փոխհատուցման առաջին մասը նախատեսված է **անմիջապես պատվաստանյութի** ծախսի համար:
- Փոխհատուցման երկրորդ մասը նախատեսված է **պատվաստման ծախսի համար:** (Սա երբեմն կոչվում է պատվաստանյութի ներարկում):

Մաս D-ի պատվաստանյութերի ձեր ծախսերը կախված են 3 բաներից՝

1. Արդյո՞ք պատվաստանյութը խորհուրդ է տրվում մեծահասակների համար՝ Իմունիզացիայի պրակտիկայի խորհրդատվական կոմիտե (ACIP) կոչվող կազմակերպության կողմից:

- Մեծահասակների համար Մաս D-ի պատվաստանյութերի մեծ մասը խորհուրդ է տրվում ACIP-ի կողմից, և դրանք ձեզ համար անվճար են:

2. Որտեղ եք ստանում պատվաստանյութը:

- Պատվաստանյութն ինձինն կարող է տրամադրվել դեղատանը կամ բժշկի գրասենյակի կողմից:

3. Ո՞վ է ձեզ պատվաստում:

- Պատվաստանյութը դեղատանը կարող են տրամադրել դեղագործը կամ այլ մատակարարը: Որպես այլընտրանք՝ մատակարարը կարող է այն տրամադրել բժշկի գրասենյակում:

Գլխիկ 6: Որքան եք վճարում ձեր D մասի դեղերի համար

Մաս D-ի պատվաստանյութը ստանալու պահին վճարվող գումարը կարող է տարբեր լինել՝ կախված հանգամանքներից և այն բանից, **թե դեղերի վճարման որ փուլում** եք գտնվում:

- Երբեմն երբ դուք ստանում եք պատվաստանյութը, հնարավոր է ստիպված լինեք վճարել պատվաստանյութի ամբողջ արժեքը և մատակարարի կողմից այն ձեզ տրամադրելու արժեքը: Դուք կարող եք դիմել մեր պլանին, որպեսզի մենք հետ վճարենք ձախսի մեր մասնաբաժինը: Մեծահասակների համար նախատեսված Մաս D-ի պատվաստանյութերի մեծ մասի դեպքում նշանակում է, որ ձեզ կփոխհատուցեն վճարած ամբողջ ծախսը:
- Այլ դեպքերում, երբ պատվաստում եք ստանում, կվճարեք միայն ձախսի ձեր մասնաբաժինը Մաս D-ի նպաստների շրջանակում: Մեծահասակների Մաս D-ի պատվաստանյութերի մեծ մասի համար ոչինչ չեք վճարի:

Ահա 3 եղանակների օրինակներ, որոնց միջոցով կարող եք Մաս D-ի պատվաստում ստանալ:

Իրավիճակ 1՝ Մաս D-ի պատվաստումը ստանում եք ցանցային դեղատանը: (Ունեք դուք ընտրության այս հնարավորությունը, թե՛ ոչ, կախված է նրանից, թե որտեղ եք ապրում: Որոշ նահանգներ դեղատներին թույլ չեն տալիս որոշակի պատվաստանյութեր տրամադրել):

- Մեծահասակների Մաս D-ի պատվաստանյութերի մեծ մասի համար ոչինչ չեք վճարի:
- Մաս D-ի այլ պատվաստանյութերի համար, դուք դեղատանը կվճարեք ձեր համապատասխանությունը ԿԱՄ համավճարը հենց պատվաստանյութի համար, որը ներառում է ձեզ պատվաստանյութի տրամադրման արժեքը:
- Մեր պլանը կվճարի մնացած ծախսերի համար:

Իրավիճակ 2՝ Դուք Մաս D-ի պատվաստումը ստանում եք ձեր բժշկի գրասենյակում:

- Երբ դուք ստանում եք պատվաստանյութը, հնարավոր է ստիպված լինեք վճարել պատվաստանյութի ամբողջ արժեքը և մատակարարի կողմից այն ձեզ տրամադրելու արժեքը:
- Այնուհետև կարող եք խնդրել մեր ծրագրին վճարել ձախսերի մեր բաժինը՝ հետևելով 7-րդ գլխում նկարագրված ընթացակարգերին:
- Մեծահասակների համար նախատեսված Մաս D-ի պատվաստանյութերի մեծ մասի դեպքում ձեզ կփոխհատուցվի վճարված ամբողջ արժեքը: Մաս D-ի այլ պատվաստանյութերի համար ձեզ կփոխհատուցվի վճարված գումարը՝ հանած ցանկացած համապատասխանությունը ԿԱՄ համավճար պատվաստանյութի համար (ներառյալ ներարկումը), և հանած բժշկի կողմից գանձվող ու մեր սովորաբար վճարվող գումարի միջև եղած ցանկացած տարբերություն: (Եթե դուք ստանում եք «Extra Help», մենք կփոխհատուցենք ձեզ այս տարբերությունը):

Իրավիճակ 3՝ Դուք գնում եք Մաս D-ի պատվաստանյութը ցանցային դեղատնից, ապա ստանում եք այն ձեր բժշկի գրասենյակ, որտեղ նրանք ձեզ պատվաստում են:

- Մեծահասակների Մաս D-ի հենց պատվաստանյութերի մեծ մասի համար ոչինչ չեք վճարի:
- Մաս D-ի այլ պատվաստանյութերի համար դեղատանը կվճարեք ձեր Համապատասխանությունը ԿԱՄ համավճարը հենց պատվաստանյութի համար:
- Երբ ձեր բժիշկը ձեզ պատվաստի, դուք հնարավոր է ստիպված լինեք վճարել այս ծառայության ամբողջ արժեքը:
- Այնուհետև կարող եք խնդրել մեր ծրագրին վճարել ձախսերի մեր բաժինը՝ հետևելով 7-րդ գլխում նկարագրված ընթացակարգերին:
- Մեծահասակների համար նախատեսված Մաս D-ի պատվաստանյութերի մեծ մասի դեպքում ձեզ կփոխհատուցվի վճարված ամբողջ արժեքը: Մաս D-ի այլ պատվաստանյութերի համար ձեզ կփոխհատուցվի վճարված գումարը՝ հանած բժշկի կողմից գանձվող ու մեր սովորաբար վճարվող գումարի միջև եղած ցանկացած տարբերություն: (Եթե դուք ստանում եք «Extra Help», մենք կփոխհատուցենք ձեզ այս տարբերությունը):

ԳԼՈՒԽ 7:

Կապ հաստատե՞մ եմ, որպեսզի վճարեմ ձեր ստացած հաշվի մեր մասնաբաժինը՝ փոխհատուցվող բուժառայությունների կամ դեղերի դիմաց

ԲԱԺԻՆ 1 Իրավիճակներ, որոնց դեպքում դուք պետք է կապ հաստատե՞մ եմ ձեր վճարելու մեր փոխհատուցվող ծառայությունների կամ դեղերի համար

Մեր ցանցային մատակարարները ձեր փոխհատուցվող ծառայությունների և դեղերի համար հաշիվ են ներկայացնում անմիջապես պլանին: Եթե դուք ստանում եք բուժապասարկման կամ ստացած դեղերի ամբողջական արժեքի հաշիվ, պետք է այն ուղարկե՞մ մեզ, որպեսզի մենք կարողանանք վճարել այն: Երբ ուղարկե՞մ մեզ հաշիվը, մենք կուսումնասիրենք հաշիվը և կարո՞ւնենք, թե արդյո՞ք ծառայությունը կամ դեղը պետք է փոխհատուցվի: Եթե որոշե՞մ՝ անհրաժեշտ է հատուցել նրան, մենք ուղիղ մատակարարին կվճարենք:

Եթե դուք արդեն վճարել եք Medicare-ի ծառայության կամ ծրագրով փոխհատուցվող ապրանքի համար, կարող եմ խնդրել մեր ծրագրին վերադարձնել ձեզ գումարը (ձեզ վերադարձնելը հաճախ կոչվում է ձեզ **փոխհատուցում**): Դուք իրավունք ունե՞ք փոխհատուցում ստանալու մեր պլանից, երբ վճարել եք մեր պլանի կողմից ապահովագրված բժշկական ծառայությունների կամ դեղերի համար: Կարող եմ լինել վերջնաժամկետներ, որոնք դուք պետք է պահպանե՞ք՝ գումարը վերադարձնելու համար: Խնդրում եմ տեսնել այս գլխի 2-րդ բաժինը: Երբ դուք մեզ ուղարկե՞մ հաշիվը, մենք կուսումնասիրենք այն և կարո՞ւնենք, թե արդյո՞ք ծառայությունները և դեղերը փոխհատուցման ենթակա են: Եթե մենք որոշե՞մ, որ դրանք ենթակա են փոխհատուցման, մենք ձեզ կփոխհատուցենք ծառայությունների կամ դեղերի համար:

Կարող եմ նաև լինել դեպքեր, երբ դուք հաշիվ ստանա՞ք ձեր ստացած բուժապասարկման ամբողջ արժեքի կամ հնարավոր է՝ այս փաստաթղթում բնութագրված ծախսերի ձեր մասնաբաժնից ավելի չափով: Նախ փորձե՞ք պարզաբանել հաշիվը մատակարարի հետ: Եթե դա արդյունք չի տալիս, հաշիվը մեզ ուղարկե՞մ՝ այն վճարելու փոխարեն: Մենք կուսումնասիրենք հաշիվը և կարո՞ւնենք՝ արդյո՞ք ծառայությունները պետք է փոխհատուցվեն, թե ոչ: Եթե որոշե՞մ՝ անհրաժեշտ է հատուցել նրան, մենք ուղիղ մատակարարին կվճարենք: Եթե որոշե՞մ չվճարել, կտեղեկացնենք մատակարարին: Դուք երբեք չպետք է վճարե՞ք ծրագրով սահմանված ծախսերի մասնաբաժնից ավելին: Եթե այս մատակարարը պայմանագիր ունի, դուք դեռևս ունե՞ք բուժման իրավունք:

Ահա այն դեպքերի օրինակները, երբ ձեզ հնարավոր է պետք լինի դիմել ձեզ փոխհատուցելու կամ ձեր ստացած հաշիվը վճարելու խնդրանքով՝

1. Երբ դուք ստացել եք անհետաձգելի կամ շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն մեր պլանի ցանցից դուրս մատակարարից

- Դուք կարող եք ստանալ արտակարգ իրավիճակային կամ անհետաձգելի ծառայություններ ցանկացած մատակարարից, անկախ նրանից, թե մատակարարը մեր ցանցի մաս է կազմում թե ոչ: Այս դեպքերում խնդրե՞ք մատակարարին հաշիվը կազմել ծրագրի համար:
- Եթե վճարում եք ամբողջ գումարը, երբ ստանում եք բուժօգնություն, կապ հաստատե՞մ եմ հետ՝ ձեր ծախսերը հատուցելու համար: Ուղարկե՞մ մեզ այս հաշիվը և ձեր կատարած ցանկացած վճարման ապացույցը:
- Դուք կարող եք մատակարարից ստանալ հաշիվ, որտեղ ձեզնից պահանջվում է վճարել, որն ըստ ձեզ, պարտք չէ: Ուղարկե՞մ մեզ այս հաշիվը և ձեր կատարած ցանկացած վճարման ապացույցը:

Գլխիկ 7: Կապ հաստատե՞մ եմ, որպեսզի վճարեմք ձեր ստացած հաշվի մեր մասնաբաժինը՝ փոխհատուցվող բուժառայությունների կամ դեղերի դիմաց

- Եթե պետք է վճարել մատակարարին, մենք ուզիլ նրան կվճարենք:
- Եթե դուք արդեն վճարել եք ծախսերի ձեր մասնաբաժնից ավելի ավել ծառայության համար, մենք կհատակեցնենք արժանի էիք դուք պարտավոր վճարել և ձեզ հետ կվճարենք ծախսերի մեր մասնաբաժինը:

2. Երբ ցանցային մատակարարը ձեզ հաշիվ է ուղարկում, որը, ձեր կարծիքով, չպետք է վճարեք

Ցանցային մատակարարները միշտ պետք է հաշիվն ուղղեն անմիջապես ծրագրին: Բայց երբեմն նրանք սխալվում են և խնդրում են վճարել ձեր ծառայությունների համար:

- Ամեն անգամ, երբ ստանում եք հաշիվ ցանցային մատակարարից, որը, ձեր կարծիքով, ավելի է, քան դուք պետք է վճարեք, ուղարկե՛ք այդ հաշիվը մեզ: Մենք կապ կհաստատենք անմիջապես մատակարարի հետ և կլուծենք հաշվի հետ կապված խնդիրը:
- Եթե դուք արդեն վճարել եք հաշիվ ցանցային մատակարարից Medicare-ով փոխհատուցվող ծառայությունների համար, բայց կարծում եք, որ չափազանց շատ եք վճարել, ուղարկե՛ք մեզ հաշիվը և ձեր կատարած վճարման ապացույցը: Դիմե՛ք մեզ՝ փոխհատուցելու համար՝ մեր պլանով նախատեսված գումարի համեմատ:

3. Եթե հետադարձ կերպով գրանցված եք մեր պլանում

Երբեմն անձի գրանցումը ծրագրում հետին ամսաթվով է: (Սա նշանակում է, որ ձեր գրանցման առաջին օրն անցել է: Գրանցման ամսաթիվը կարող էր նույնիսկ անցյալ տարի լինել):

Եթե հետին ամսաթվով գրանցվել եք մեր պլանում և ձեր գրանցման ամսաթվից հետո վճարել եք լրացուցիչ որևէ փոխհատուցվող ծառայության կամ դեղամիջոցի համար, կարող եք խնդրել մեզ հետ վճարել ձեզ ծախսերի մեր մասնաբաժինը: Դուք պետք է ներկայացնե՛ք փաստաթղթեր, ինչպիսիք են կտրոնները և հաշիվները, որպեսզի մենք կարողանանք փոխհատուցումը կատարել:

4. Երբ օգտվում եք արտացանցային դեղատնից՝ դեղատոմսով դեղը ստանալու համար

Եթե դուք այցելե՛ք ցանցից դուրս դեղատուն, դեղատունը, հնարավոր է, չկարողանա ուղղակիորեն մեզ ներկայացնել պահանջը: Երբ դա տեղի ունենա, դուք ստիպված կլինե՛ք վճարել ձեր դեղատոմսի ամբողջ արժեքը:

Պահպանե՛ք ձեր կտրոնը և ուղարկե՛ք դրա պատճենը մեզ, երբ խնդրում եք մեզ վճարել ձեզ ծախսերի մեր մասնաբաժինը: Հիշե՛ք, որ մենք ցանցից դուրս գործող դեղատները սպասարկում ենք միայն սահմանափակ դեպքերում: Գլուխ 5-ի Բաժին 2.5-ում ավելի է ներկայացվում այս ծրագրերի մասին: Մենք կարող ենք չվերադարձնել ձեզ ցանցից դուրս դեղատանը դեղամիջոցի համար վճարված գումարի և ցանցային դեղատանը մեր կողմից վճարված գումարի միջև եղած տարբերությունը:

5. Երբ վճարում եք Medicare Part D դեղատոմսի լրիվ արժեքը, քանի որ ձեզ հետ չունեք պլանի անդամակցության ֆարսը

Եթե ձեր պլանի անդամակցության ֆարսը ձեզ հետ չէ, ապա կարող եք խնդրել դեղատանը զանգահարել մեզ կամ փնտրել ձեր անունը պլանի անդամագրության տեղեկության մեջ: Սակայն, եթե դեղատունը չկարողանա անմիջապես ստանալ անդամության անհրաժեշտ տեղեկատվությունը, դուք կարող եք ստիպված լինել ինքներդ վճարել դեղատոմսի ամբողջ արժեքը:

Պահպանե՛ք ձեր կտրոնը և ուղարկե՛ք դրա պատճենը մեզ, երբ խնդրում եք մեզ վճարել ձեզ ծախսերի մեր մասնաբաժինը: Մենք հնարավոր է ձեզ չվերադարձնենք վճարված ամբողջ գումարը, եթե ձեր իսկ վճարած գումարը ավելի բարձր է, քան դեղատոմսի համար մեր բանակցային գումարը:

6. Երբ դուք վճարում եք դեղատոմսի ամբողջ արժեքը այլ իրավիճակներում

Դուք կարող եք վճարել դեղատոմսի ամբողջ արժեքը, քանի որ պարզվում է, որ դեղը որևէ պատճառով չի ապահովագրվում:

- Օրինակ՝ դեղը հնարավոր է ներառված չլինի պլանի *Ապահովագրված դեղերի ցուցակում (Դեղաբանական տեղեկագիր)* կամ այն կարող է ունենալ պահանջ կամ սահմանափակում, որի մասին դուք չգիտե՛իք կամ կարծում եք, որ այն չպետք է վերաբերի ձեզ: Եթե դուք որոշե՛ք զննել դեղը, դուք ստիպված կլինե՛ք վճարել գումարն ամբողջությամբ:

Գլխիկ 7: Կապ հաստատե՞մ եմ, որպեսզի վճարեմ ձեր ստացած հաշվի մեր մասնաբաժինը՝ փոխհատուցվող բուժառայությունների կամ դեղերի դիմաց

- Պահպանե՞մ ձեր կտրոնը և ուղարկե՞մ դրա պատճենը մեզ, երբ խնդրում եմ մեզ հատուցել ձեր գումարը: Որոշ իրավիճակներում մեզ հնարավոր է անհրաժեշտ լինի ստանալ հավելյալ տեղեկություն ձեր բժշկից կամ նշանակում կատարող այլ անձից, որպեսզի հատուցենք ձեր դեղի համար ծախսի մեր մասնաբաժինը: Մենք հնարավոր է ձեզ չվերադարձնենք վճարված ամբողջ գումարը, եթե ձեր խի վճարած գումարը ավելի բարձր է, քան դեղատոմսի համար մեր բանակցային գումարը:

7. Երբ դեղատոմսը դեղատոմսային դեղամիջոցի վերաբերյալ հաշվարկային սխալ կա:

Երբ ուղարկե՞մ մեզ վճարման հայտը, մենք կուսումնասիրենք այն և կորոշենք, արդյո՞ք ծառայությունը կամ դեղը պետք է ապահովագրվի: Դա կոչվում է «Փոխհատուցման որոշում» կայացնել: Եթե մենք որոշում կայացնենք, որ այն պետք է փոխհատուցվի, մենք կվճարենք ծախսերի մեր մասնաբաժինը տվյալ ծառայության կամ դեղամիջոցի համար: Եթե մենք մերժենք վճարման հայտը, դուք կարող եմ բողոքարկել մեր որոշումը: Այս փաստաթղթի Գլուխ 9 -ում պարունակվում է տեղեկատվություն բողոքարկում կատարելու վերաբերյալ:

ԲԱԺԻՆ 2 Ինչպես դիմել մեզ ձեր ստացած հաշվի գումարը փոխհատուցելու կամ վճարելու համար

Դուք կարող եմ մեզ խնդրել փոխհատուցել ձեզ՝ մեզ գրավոր հարցում ուղարկելով: Եթե գրավոր հարցում եմ ուղարկում, ուղարկե՞մ ձեր հաշիվը և կատարված ցանկացած վճարման փաստաթղթերը: Ցանկալի է ձեր գրառումների համար պատճենել ձեր հաշիվ-ապրանքագիրը և ստացականները:

Որպեսզի համոզվե՞մ, որ մեզ տրամադրում եմ որոշում կայացնելու համար անհրաժեշտ ողջ տեղեկատվությունը, կարող եմ լրացնել մեր պահանջի ձևաթուղթը՝ վճարման հարցում կատարելու համար: **Դուք պետք է ձեր հայտը ներկայացնե՞մ մեզ ծառայության և/կամ ապրանքի ստացման ամսաթվից մեկ (1) օրվա** կամ դեղի ստացման օրվանից **36** ամսվա ընթացքում:

- Դուք պարտավոր չե՞մ անպայմանորեն կիրառել ձևաթուղթը, բայց դա կօգնի մեզ ավելի արագ մշակել տեղեկատվությունը:
- Ներբեռնե՞մ ձևաթղթի պատճենը մեր կայքից centralhealthplan.com կամ զանգահարե՞մ Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711) և խնդրե՞մ ձևաթուղթը:

Ձեր վճարման հայտը բոլոր հաշիվների կամ ստացականների հետ միասին փաստով ուղարկե՞մ այս հասցեով՝

Բժշկական ծառայությունների փոխհատուցում՝
Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Կամ ուղարկե՞մ ֆաքս՝ (310) 507-6186

Դեղատոմսային դեղերի փոխհատուցումներ.
Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)
Attn: Medicare Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

Գլուխ 7: Կապ հաստատե՞մ ե՞ս, որպեսզի վճարեմ ձեր ստացած հաշվի մեր մասնաբաժինը՝ փոխհատուցվող բուժառայությունների կամ դեղերի դիմաց

ԲԱԺԻՆ 3 Մենք կֆինանսարկենք փոխհատուցման ձեր հայտը և կպատասխանենք այո կամ ոչ

Երբ ստանանք Ձեր վճարման հայտը, մենք կտեղեկացնենք Ձեզ, եթե Ձեզանից որևէ լրացուցիչ տեղեկատվություն անհրաժեշտ լինի: Հակառակ դեպքում, մենք կֆինանսարկենք ձեր հարցումը և կկայացնենք ապահովագրության որոշում:

- Եթե մենք որոշենք, որ բուժապասարկումը կամ դեղամիջոցը ապահովագրված է, և դուք հետևել եք բոլոր կանոններին, մենք կվճարենք ծախսերի մեր մասնաբաժինը սովյալ ծառայության կամ դեղամիջոցի համար: Եթե դուք արդեն վճարել եք ծառայության կամ դեղամիջոցի համար, մենք ծախսերի մեր մասնաբաժնի փոխհատուցման մասին կձեռնարկենք մեյլով: Եթե դուք վճարել եք դեղամիջոցի ամբողջ արժեքը, ձեզ հնարավոր է չփոխհատուցվի ձեր վճարած ամբողջ գումարը (օրինակ, եթե դուք դեղ եք ձեռք բերել արտացանցային դեղատնից կամ եթե ձեր վճարած կանխիկ գինը ավելի բարձր է, քան մեր բանակցած գինը): Եթե դեռ չեք վճարել սովյալ ծառայության կամ պարագայի համար, ապա մենք վճարումը կփոխանցենք անմիջապես մատակարարին:
- Եթե որոշենք, որ բուժապասարկումը կամ դեղամիջոցը ապահովագրված չէ կամ դուք չեք հետևել բոլոր կանոններին, մենք չենք վճարի ծախսերի մեր մասնաբաժինը սովյալ ծառայության կամ դեղամիջոցի համար: Մենք Ձեզ կուղարկենք նամակ՝ բացատրելով վճարումը չուղարկելու պատճառները և այդ որոշումը բողոքարկելու Ձեր իրավունքները:

ԲԱԺԻՆ 3.1 Եթե ձեզ հայտնենք, որ չենք վճարի բուժապասարկման կամ դեղամիջոցի համար անհրաժեշտ գումարի ամբողջ կամ մի մասը, կարող եք բողոքարկում ներկայացնել

Եթե կարծում եք, որ մերժելով ձեր վճարման հայտը կամ մեր կողմից վճարվող գումարի հետ կապված սխալ ենք թույլ տվել, կարող եք բողոքարկել: Եթե բողոքարկում եք, դա նշանակում է, որ խնդրում եք մեզ փոխել այն որոշումը, որը մենք կայացրել ենք՝ ձեր վճարման հայտը մերժելիս: Բողոքարկումների գործընթացը պաշտոնական գործընթաց է՝ մանրամասն ընթացակարգերով և կարևոր վերջնաժամկետներով: Այս բողոքարկումը ներկայացնելու մանրամասների համար անդրադարձե՛ք այս փաստաթղթի Գլուխ 9-ին:

Գլուխ 8:

Ձեր իրավունքները և պատասխանատվությունը

ԲԱԺԻՆ 1 Մեր պլանը պետք է հարգի ձեր իրավունքներն ու մշակութային նրբությունները

ԲԱԺԻՆ 1.1 Մենք պետք է տեղեկատվությունը տրամադրենք ձեզ համար հարմար ձևով և այն պետք է պահպանի ձեր մշակութային զգայունությունը (անգլերենից բացի այլ լեզուներով, Բրայլի գրերով, խոսքը տառերով կամ այլընտրանքային ձևաչափերով և այլն)

Մեր ծրագրից պահանջվում է երաշխավորել, որ բոլոր ծառայությունները, թե՛ կլինիկական, թե՛ ոչ կլինիկական, մատուցվում են մշակութային առումով համապատասխան ձևով և հասանելի են բոլոր մասնակիցներին, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ խմբային, ընթերցանության սահմանափակ հմտություններ, լսողության խնդիրներ ունեցող կամ բազմազան մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց: Այս հասանելիության պահանջները բավարարելու օրինակներից են թարգմանչի ծառայությունների, բաժանարար մեկնաբանության ծառայությունների, հեռագրիչի կամ TTY (տեքստային հեռախոս կամ հեռագրիչ հեռախոս) կապի ապահովումը:

Մեր պլանը տրամադրում է անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ անգլերենից գառ այլ լեզուներով խոսող անդամների հարցերին պատասխանելու համար: Մենք կարող ենք նաև անվճար տեղեկատվություն տրամադրել ձեզ Բրայլի գրերով, խոսքը տառերով կամ այլընտրանքային ձևաչափերով, եթե ունեք դրա կարիքը: Մենք պարտավոր ենք ձեզ տրամադրել ծրագրի նպաստների մասին տեղեկություն ձեզ համար մատչելի և հարմար ձևաչափով: Ձեզ հարմար ձևով տեղեկատվություն ստանալու համար գանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 711):

Մեր պլանը պարտավոր է կին մասնակիցներին տրամադրել ցանցի շրջանակներում կանանց առողջության մասնագետի հետ անմիջական կապ հաստատելու հնարավորություն՝ կանանց առօրյա և կանխարգելիչ առողջապահական ծառայությունների համար:

Եթե ծրագրի ցանցում որևէ մասնագիտացմամբ ներկայացուցիչներ հասանելի չեն, ծրագրի պարտականությունն է ցանցից դուրս գտնել տվյալ մասնագիտացմամբ ներկայացուցիչներ, որոնք ձեզ կտրամադրեն անհրաժեշտ խնամքը: Այս պարագայում դուք կվճարե՛ք միայն ցանցային ծախսերի բաժնի մասնաբաժինը: Եթե հայտնվել եք այնպիսի իրավիճակում, երբ ծրագրի ցանցում չկան մասնագետներ, որոնք կապահովեն ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունը, գանգահարե՛ք պլանին՝ ցանցային ծախսերի բաժնի մասնաբաժինը այս ծառայությունը ստանալու վայրերի մասին տեղեկություններ ստանալու համար:

Եթե դժվարություններ են առաջացել ձեզ համար մատչելի և հարմար ձևաչափով մեր պլանից տեղեկություններ ստանալու, կանանց առողջության մասնագետի մոտ այցելելու կամ ցանցային մասնագետ գտնելու հարցերում, ապա բողոք ներկայացնելու համար խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427: Ժամեր՝ հոկտեմբերի 1-ից մինչև մարտի 31-ը, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m., շաբաթական՝ 7 օր: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m.: TTY օգտագործողներին խնդրում ենք գանգահարել 711: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել նաև Medicare-ի միջոցով՝ գանգահարելով 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) կամ անմիջապես Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 կամ TTY 1-800-537-7697:

ԲԱԺԻՆ 1.2 Մենք պետք է երաշխավորենք, որ դուք ժամանակին օգտվում եք ձեր փոխհատուցվող ծառայություններից և դեղերից

Դուք իրավունք ունեք ընտրել առաջնային բուժօգնության մատակարար (PCP) ծրագրի ցանցից՝ ձեր փոխհատուցվող ծառայությունները մատուցելու և կազմակերպելու համար: Դուք նաև իրավունք ունեք առանց ուղեգրի դիմել կանանց առողջության մասնագետի (օրինակ՝ գինեկալոգի):

Դուք իրավունք ունեք հանդիպումներ ձեռք բերել և փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալ ցանցային մատակարարներից *ողջամիտ ժամանակահատվածում*: Սա ներառում է մասնագետներից ժամանակին ծառայություններ ստանալու իրավունքը, երբ դուք այդ խնամքի կարիքն ունեք: Դուք նաև իրավունք ունեք մեր ցանցային դեղատեսակներից դեղատոմսային դեղեր ստանալ կամ վերստանալ՝ առանց երկար հետաձգման:

Եթե կարծում եք, որ չեք ստանում ձեր բուժապաստիւնը կամ Մաս D-ի դեղերը ողջամիտ ժամկետում, Գլուխ 9-ում ներկայացված է, թե ինչ կարող եք անել:

ԲԱԺԻՆ 1.3 Մենք պետք է պաշտպանենք ձեր առողջության վերաբերյալ տեղեկատվության գաղտնիությունը

Դաշնային և նահանգային օրենքները պաշտպանում են ձեր բժշկական տեղեկատվության և առողջության մասին անձնական տվյալների գաղտնիությունը: Մենք կպաշտպանենք ձեր անձնական առողջապահական տեղեկությունը՝ համաձայն վերոնշյալ օրենքների:

- Զեր անձնական առողջության մասին տվյալները ներառում են այն **անձնական տվյալները**, որոնք տրամադրվել են մեզ այս պլանում գրանցվելիս, ինչպես նաև ձեր բժշկական տեղեկատվությունը և այլ բժշկական ու առողջապահական տվյալներ:
- Դուք իրավունք ունեք ստանալու տեղեկատվություն ձեր մասին և վերահսկելու ձեր անձնական առողջապահական տեղեկության օգտագործումը: Մենք ձեզ կտրամադրենք գրավոր ծանուցում, որը կոչվում է «*Գաղտնիության մասին ծանուցում*», որը տեղեկացնում է ձեզ այս իրավունքների մասին և բացատրում, թե ինչպես ենք մենք պաշտպանում ձեր առողջապահական տեղեկության գաղտնիությունը:

Ինչպե՞ս ենք մենք պաշտպանում ձեր Առողջապահական տեղեկության գաղտնիությունը:

- Մենք երաշխավորում ենք, որ լիազորություն չունեցող անձի չեն տեսնում կամ չեն փոփոխում ձեր բժշկական տեղեկատվությունը:
- Բացառությամբ ստորև նկարագրված հանգամանքների, եթե մենք մտադիր ենք ձեր առողջապահական տեղեկությունը հայտնել որևէ մեկին, ով ձեր խնամքով չի զբաղվում կամ չի վիճարկում ձեր խնամքի համար, *մենք նախ պետք է գրավոր թույլտվություն ստանանք ձեզանից կամ այն անձից, ում դուք տվել եք ձեր փոխարեն որոշումներ կայացնելու օրինական լիազորություն*:
- Կան որոշակի բացառություններ, որոնց համար մենք ձեզանից գրավոր թույլտվություն ստանալու կարիք չունենք: Այս բացառությունները թույլատրվում կամ պահանջվում են օրենքով:
 - Մեզանից պահանջվում է առողջապահական տեղեկության տրամադրվել պետական մարմիններին, որոնք վերանայում են բուժապաստիւման որակը:
 - Քանի որ դուք Medicare-ի բաժանակցություն մեր ծրագրի անդամ եք, մենք պետք է Medicare-ին տրամադրենք ձեր առողջապահական տեղեկությունը՝ ներառյալ ձեր Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի մասին տեղեկությունները: Եթե Medicare-ը տարածում է ձեր տվյալները հետազոտության կամ այլ նպատակների համար, դա անում է դաշնային օրենքներին և կանոնակարգերին համապատասխան. սա, ընդհանուր առմամբ, պահանջում է, որ ձեր եզակի նույնականացման տվյալները չհանրայնացվեն:

Գլուխ 8: Ձեր իրավունքները և պատասխանատվությունը

Դուք կարող եք տեսնել տեղեկատվությունը ձեր գրառումներում և իմանալ, թե ինչպես են դրանք տարածվել այլ մարդկանց շրջանակում

Դուք իրավունք ունեք տեսնել ծրագրի շրջանակում ձեր բժշկական տեղեկատվությունը ու ստանալ պատճեններ: Մենք կարող ենք ձեզանից գումար խնայել պատճենների տրամադրման համար: Դուք իրավունք ունեք մեզ խնայել ձեր բժշկական տեղեկատվության մեջ լրացումներ կամ ուղղումներ անել: Եթե կապ հաստատեք մեզ հետ նման խնայանքով, մենք կհամագործակցենք ձեր բուժօգնության մատակարարի հետ, որպեսզի որոշենք, արդյո՞ք փոփոխություններն անհրաժեշտ են թե ոչ:

Դուք իրավունք ունեք իմանալու, թե ինչպես է ձեր առողջապահական տեղեկությունը տարածվել այլոց շրջանակում ցանկացած անսովոր նպատակով:

Եթե ունեք հարցեր կամ մտահոգություններ ձեր PHI-ի գաղտնիության վերաբերյալ, ապա զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY users call 711):

Ձեր գաղտնիությունը

Central Health Plan of California, Inc. (Molina Healthcare, «մենք» կամ «ներ») օգտագործում և տրամադրում է ձեր մասին պաշտպանված առողջապահական տեղեկությունները ձեզ առողջապահական նպատակներ տրամադրելու նպատակով: Մենք օգտագործում և բացահայտում ենք ձեր տվյալները՝ բուժում, վնասում և բուժապասարկման գործարքներ իրականացնելու համար: Մենք նաև օգտագործում և բացահայտում ենք ձեր տվյալները օրենքով թույլատրված և պահանջվող այլ պատճառներով: Մենք պարտավոր ենք պահպանել ձեր առողջապահական տեղեկության գաղտնիությունը և պահպանել սույն ծանուցման դրույթները: Այս ծանուցումն ուժի մեջ է :

PHI հեռանկամ է առողջապահական տեղեկություն: PHI-ը առողջապահական տեղեկություն է, որը ներառում է ձեր անունը, անդամական համարը կամ այլ նույնացուցիչներ և օգտագործվում կամ տրամադրվում է Molina Healthcare-ի կողմից:

Ինչո՞ւ է Molina Healthcare -ը օգտագործում կամ տրամադրում ձեր PHI-ը:

Մենք օգտագործում կամ տրամադրում ենք ձեր PHI-ը՝ ձեզ առողջապահական նպատակներ տրամադրելու համար: Ձեր PHI-ն օգտագործվում կամ բացահայտվում է բուժման, վնասման և բուժապասարկման գործարքներ իրականացնելու համար:

Բուժման նպատակով

Molina Healthcare պլանը կարող է օգտագործել կամ տարածել ձեր PHI-ը՝ ձեզ բուժապասարկում տրամադրելու կամ կազմակերպելու համար: Այս բուժումը ներառում է նաև ուղեգրեր ձեր բժիշկների կամ այլ առողջապահական ծառայություններ մատուցողների միջև: Օրինակ, մենք կարող ենք տրամադրել ձեր առողջության մասին տվյալները մասնագետին: Սա օգնում է տվյալ մասնագետին ֆինանսիկել ձեր բուժումը ձեր բժշկի հետ:

Վնասման համար

Molina Healthcare պլանը կարող է օգտագործել կամ տարածել PHI-ը՝ վնասման վերաբերյալ որոշում կայացնելու համար: Սա կարող է ներառել բողոքներ, բուժման համար ստացած համաձայնություններ, բուժկարիքների մասին որոշումներ: Ձեր անունը, առողջական վիճակը, բուժումը և տրամադրվող նյութերը կարող են ներառվել վնասային հաշվում: Օրինակ, մենք կարող ենք տեղեկացնել բժշկին, որ դուք օգտվում եք մեր արտոնություններից: Մենք նաև կփոխանցենք բժշկին այն գումարի չափը, որը պատրաստ ենք վճարել:

Բուժապասարկման գործարքների համար

Molina Healthcare պլանը կարող է օգտագործել կամ տարածել ձեր PHI-ը՝ մեր առողջապահական պլանը վարելու համար: Օրինակ, մենք կարող ենք օգտագործել ձեր հայտից ստացված տեղեկությունը, որպեսզի ձեզ տեղեկացնենք առողջության ապահովագրական պլանի մասին, որը կարող է օգնել ձեզ: Մենք նաև կարող ենք օգտագործել կամ փոխանցել ձեր PHI-ը՝ անդամների մտահոգությունները փարատելու համար: Ձեր PHI-ը կարող են նաև օգտագործվել՝ ապահովելու համար հայտերի նիշտ վնասումը:

Բուժապասարկման գործարքները ներառում են բազմաթիվ առօրյա բիզնես կարիքներ: Այն նաև ներառում է, սակայն չի սահմանափակվում հետևյալով.

Գլխիկ 8: Ձեր իրավունքները և պատասխանատվությունը

- Որակի բարելավում,
- Միջոցառումների անցկացում առողջապահական ծրագրերում՝ օգնելու որոշակի հիվանդություններ ունեցող անդամներին (ինչպես ասքան),
- Բժշկական ստուգման անցկացում կամ կազմակերպում,
- Իրավաբանական ծառայություններ՝ ներառյալ խորհրդատվության և չարաժանիան դեպքերի հայտնաբերումը և դատական կարգով հետապնդման ծրագրերը,
- Գործողություններ, որոնք կօգնեն մեզ գործել ըստ օրենքի,
- Անդամների կարիքներին արձագանքում, այդ թվում բողոքների և դժգոհությունների հետ կապված խնդիրների լուծում:

Մենք կտրամադրենք ձեր PHI-ն այլ ընկերություններին («**բիզնես գործընկերներ**»), որոնք իրականացնում են տարբեր տեսակի գործունեություն մեր առողջության ապահովագրական պլանի շրջանակներում: Մենք կարող ենք նաև օգտագործել ձեր PHI-ը՝ տալու ձեզ հիշեցումներ ձեր պայմանավորվածությունների մասին: Հնարավոր է օգտագործենք Ձեր PHI-ը, որպեսզի տեղեկություններ տրամադրենք այլ տեսակի բուժումների կամ առողջապահական այլ նպատակների ու ծառայությունների վերաբերյալ:

Ե՞րբ կարող է Molina Healthcare -ը օգտագործել կամ տարածել ձեր PHI-ը առանց ձեզնից գրավոր լիազորություն (համաձայնություն) ստանալու:

Բացի բուժման, վնասման և բուժապաստարկման գործարքներից, օրենքը թույլ է տալիս կամ պահանջում Molina Healthcare -ից ձեր PHI-ը օգտագործել և տարածել մի շարք այլ նպատակներով՝ ներառյալ հետևյալը՝

Օրենքի պահանջի համաձայն

Մենք կօգտագործենք կամ կտարածենք ձեր մասին տեղեկատվությունը օրենքի պահանջի համաձայն: Մենք կբացահայտենք ձեր PHI-ն, եթե դա պահանջվի Department of Health and Human Services-ի (HHS) ֆարսուղարի կողմից: Սա կարող է կապված լինել դատական գործընթացների, այլ իրավական վերանայումների հետ կամ երբ դա անհրաժեշտ է իրավապահ մարմիններին:

Հանրային առողջություն

Ձեր PHI-ը կարող է օգտագործվել կամ փոխանցվել հանրային առողջապահության գործողությունների նպատակով: Սա կարող է ներառել հանրային առողջապահության գործակալություններին օգնությունը՝ հիվանդությունը կանխարգելելու կամ վերահսկելու նպատակով:

Առողջապահության Հսկողություն

Ձեր PHI-ը կարող է օգտագործվել կամ փոխանցվել պետական գործակալություններին: Նրանց կարող է անհրաժեշտ լինել ձեր PHI-ն առդիտ իրականացնելու համար:

Հետազոտություն

Ձեր PHI-ը հետազոտության համար կարող է օգտագործվել կամ փոխանցվել որոշակի դեպքերում, օրինակ, երբ հաստատվում է գաղտնիության կամ ինստիտուցիոնալ վերանայման խորհրդի կողմից:

Իրավական կամ վարչական վարույթներ

Ձեր PHI-ը կարող է օգտագործվել կամ փոխանցվել իրավական վարույթների համար, օրինակ՝ դատական որոշումներ ի պատասխան:

Իրավակիրարկում

Ձեր PHI-ը կարող է օգտագործվել կամ փոխանցվել ոստիկանությանը իրավակիրարկման նպատակներով, օրինակ՝ օգնելու գտնել կասկածյալին, վկային կամ անհայտ կորած անձին:

Առողջություն և անվտանգություն

Ձեր PHI-ը կարող է տարածվել՝ կանխելու հանրային առողջապահությանը կամ անվտանգությանը սպառնացող լուրջ վտանգը:

Կառավարության գործառույթներ

Ձեր PHI-ը կարող է տարածվել կառավարության մոտ հատուկ գործառույթների նպատակներով: Օրինակ՝ նախագահին պատգամներ և նպատակով:

Գլխիկ 8: Ձեր իրավունքները և պատասխանատվությունը

Բռնության, անտեսման կամ ընտանեկան բռնության գոհեր

Ձեր PHI-ը կարող է տարածվել իրավապահ մարմինների շնորհիվ, եթե մենք ենթադրում ենք, որ անձը հանցագործ է բռնության կամ անտեսման գոհ:

Աշխատողների փոխհատուցում

Ձեր PHI-ը կարող է օգտագործվել կամ տարածվել՝ ըստ Աշխատակիցների փոխհատուցում արանադրելու մասին օրենքների:

Այլ բացահայտումներ

Ձեր PHI-ը կարող է տարածվել հուղարկավորության բյուրոյի ղեկավարների կամ դատաբանների շնորհիվ՝ օգնելու կատարել իրենց աշխատանքը:

Ե՞րբ է Molina Healthcare պլանին հարկավոր ձեր գրավոր թույլտվությունը (հաստատումը)՝ ձեր PHI-ը

օգտագործելու կամ փոխանցելու համար:

Molina Healthcare պլանին հարկավոր է ձեր գրավոր հաստատումը՝ ձեր PHI-ը սույն Մանուսկրի մեջ թվարկվածներից բացի այլ նպատակներով օգտագործելու կամ փոխանցելու համար: Molina Healthcare -ին հարկավոր է ձեր թույլտվությունը՝ նախքան մենք կտարածենք ձեր PHI-ը հետևյալ նպատակներով՝ (1) հոգեբուժական գրառումների օգտագործումների և բացահայտումների մեծամասնության, (2) շուկայավարման նպատակներով օգտագործման և բացահայտման և (3) PHI-ի վաճառքի հետ կապված օգտագործում և բացահայտում: Դուք կարող եք չեղարկել մեզ տված գրավոր թույլտվությունը: Ձեր չեղարկումը չի տարածվի մեր կողմից արդեն իսկ ձեռնարկված գործողությունների վրա ձեր՝ մեզ արդեն տրված համաձայնության պատճառով:

Որո՞նք են ձեր առողջապահական տեղեկության իրավունքները:

Դուք իրավունք ունեք՝

- **Պահանջել սահմանափակում PHI տվյալների օգտագործման կամ բացահայտման նկատմամբ (ձեր PHI տվյալների համաօգտագործում)**

Դուք կարող եք խնդրել մեզ չարանադրել ձեր PHI-ը բուժում, վնասում կամ բուժապաստիման գործարքներն իրականացնելու նպատակով: Դուք կարող եք նաև խնդրել մեզ չարանադրել ձեր PHI-ն ձեր կողմից նշված ընտանիքի անդամներին, ընկերներին կամ այլ անձանց, ովքեր առնչություն ունեն ձեր բուժապաստիման հետ: Այնուամենայնիվ, մենք պարտավոր չենք համաձայնել ձեր հարցմանը: Դուք պետք է ձեր հարցումը գրավոր ներկայացնեք: Դուք կարող եք օգտվել Molina Healthcare-ի ձևաթղթից ձեր պահանջը կազմելու համար:

- **PHI տվյալների գաղտնի հաղորդակցության հայտ**

Դուք կարող եք խնդրել Molina Healthcare -ին տրամադրել ձեր PHI-ը որոշակի ձևով կամ որոշակի վայրում՝ օգնելու գաղտնի պահել ձեր PHI-ը: Մենք կհամաձայնվենք ողջամիտ պահանջներին, եթե Դուք հայտնեք մեզ, ինչպես այդ PHI-ի մի մասի կամ ամբողջի համատեղ օգտագործումը կարող է վտանգել Ձեր կյանքը: Դուք պետք է ձեր հարցումը գրավոր ներկայացնեք: Դուք կարող եք օգտվել Molina Healthcare-ի ձևաթղթից ձեր պահանջը կազմելու համար:

- **Ստուգել ու պահանջել Ձեր PHI-ը**

Դուք իրավունք ունեք ստուգել և ստանալ մեզ մոտ պահվող Ձեր PHI-ի պատճենը: Սա կարող է ներառել՝ որպես Molina Healthcare պլանի անդամ ապահովագրության, պահանջներում և այլ որոշումներում կիրառված գրառումներ: Դուք պետք է ձեր հարցումը գրավոր ներկայացնեք: Դուք կարող եք օգտվել Molina Healthcare-ի ձևաթղթից ձեր պահանջը կազմելու համար: Մենք կարող ենք ձեզինք խելամիտ գումար գանձել գրառումները պատճենելու և փոստով ուղարկելու համար: Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք մերժել հայտը: Կարևոր նշում. մենք չունենք ձեր բժշկական տեղեկատվության ամբողջական պատճենները: Եթե ցանկանում եք վերանայել, ստանալ պատճենը կամ փոխել ձեր բժշկական տեղեկատվությունը, դիմեք ձեր բժշկին կամ կլինիկային:

Գլխիկ 8: Ձեր իրավունքները և պատասխանատվությունը

• Փոփոխել ձեր PHI

Կարող եք դիմել մեզ՝ փոփոխելու (վտխել) Ձեր PHI-ը: Սա վերաբերում է միայն մեզ մոտ պահվող այն գրառումներին, որոնք կապված են ձեզ հետ՝ որպես անդամ: Դուք պետք է ձեր հարցումը գրավոր ներկայացնեք: Դուք կարող եք օգտվել Molina Healthcare-ի ձևաթղթից ձեր պահանջը կազմելու համար: Դուք կարող եք անհամաձայնության նամակ ներկայացնել, եթե մենք մերժենք հարցումը:

• Ստացե՛ք PHI-ի բացահայտումների վերաբերյալ հաշվետվություն (Ձեր PHI-ի փոխանցման վերաբերյալ)

Կարող եք խնդրել մեզ տրամադրել այն որոշակի կողմերի ցանկը, որոնց մենք փոխանցել ենք ձեր PHI-ը Ձեր պահանջին նախորդող վեց տարիների ընթացքում: Ցանկը չի ներառի PHI տվյալները, որոնք համօգտագործվել են համաձայն ստորև նշվածի՝

- բուժման, վնասված կամ բուժապասարկման գործարքների իրականացման նպատակով,
- անձանց իրենց սեփական PHI-ի վերաբերյալ,
- տարածումն իրականացվել է ձեր թույլտվությամբ,
- օգտագործման կամ բացահայտման այն դեպքերում, որոնք թույլատրված կամ պահանջվում են գործող օրենքով,
- PHI տվյալները տրամադրվել են ազգային անվտանգության կամ հետախուզական նպատակներով կամ
- որպես սահմանափակ տվյալների հավաքածուի մաս՝ համաձայն գործող օրենքի:

Մենք ձեզնից կգանձենք խելամիտ վճար յուրաքանչյուր ցանկի համար, եթե այն պահանջեք մեկից ավելի անգամ 12 ամսվա ընթացքում: Դուք պետք է ձեր հարցումը գրավոր ներկայացնեք: Դուք կարող եք օգտվել Molina Healthcare-ի ձևաթղթից ձեր պահանջը կազմելու համար:

Դուք կարող եք կատարել վերը նշված պահանջներից որևէ մեկը կամ ստանալ սույն ծանուցման թղթային պատճենը: Խնդրում ենք զանգահարել Molina Healthcare Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ ձեր Molina Healthcare ID անդամաճարտի վրա նշված անվճար հեռախոսահամարով՝ շաբաթը 7 օր, տեղական ժամանակով 8 a.m. - 8 p.m.: TTY/TDD օգտվողներին խնդրում ենք զանգահարել 711:

Ի՞նչ կարող եք անել, եթե ձեր իրավունքները չեն պաշտպանվել

Դուք կարող եք բողոքել Molina Healthcare -ին և Department of Health and Human Services-ին, եթե համոզված եք, որ գաղտնիության ձեր իրավունքները սոսնհարվել են: Մենք ձեր դեմ ոչ մի բայլ չենք ձեռնարկի, եթե բողոք ներկայացնեք: Ձեր բուժապասարկումը և արտոնությունները որևէ կերպ չեն փոփոխվի:

Դուք մեզ կարող եք բողոք ներկայացնել հետևյալ հասցեով՝

Ձանգահարե՛ք Molina Healthcare Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ ձեր Molina Healthcare ID անդամաճարտի վրա նշված անվճար հեռախոսահամարով՝ շաբաթը 7 օր, տեղական ժամանակով՝ 8 a.m. - 8 p.m.: TTY/TDD օգտվողներին խնդրում ենք զանգահարել 711:

Գրավոր կերպով՝
Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)
Attention: Medicare Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Department of Health and Human Services ֆարսուղարին՝

Որո՞նք են Molina Healthcare-ի պարտականությունները:
Molina Healthcare -ը պարտավոր է՝

- Գաղտնի պահել ձեր PHI-ն:
- Տրամադրել ձեզ գրավոր տեղեկություն, ինչպես օրինակ ձեր PHI տվյալների վերաբերյալ մեր պարտականությունները և անձնական տեղեկության օգտագործման կարգը:

Գլխիկ 8: Ձեր իրավունքները և պատասխանատվությունը

- Տրամադրել ձեզ ծանուցում ձեր չպատասխանված PHI տվյալների որևէ խախտման դեպքի վերաբերյալ:
- Չօգտագործել կամ չբացահայտել Ձեր գեներտիկական տեղեկությունները հատուցման նպատակներով:
- Հետևել այս ծանուցագրի պայմաններին:

Ծանուցումը ենթակա է փոփոխության

Molina Healthcare -ին իրավունք է վերապահվում ցանկացած պահի փոխել տեղեկատվության պահպանման իր կանոնները և այս Ծանուցման դրույթները: Եթե մենք կատարենք այդ փոփոխությունը, նոր պայմանները և կանոնները կկիրառվեն մեր կողմից պահվող բոլոր PHI-ի վրա: Եթե մենք որևէ էական փոփոխություն կատարենք, **Molina Healthcare** պլանը կսեղադրի վերանայված ծանուցումը մեր վեբ կայքում և կուղարկի վերանայված ծանուցումը կամ նյութերում կատարված փոփոխությունների և վերանայված ծանուցում ստանալու մասին տեղեկությունը մեր հաջորդ տարեկան փոստով մեր անդամներին, որոնք այդ պահի դրությամբ ապահովագրված կլինեն **Molina Healthcare** պլանով:

Կոնտակտային տվյալներ

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք կապ հաստատել հետևյալ գրասենյակի հետ՝

Հեռախոսով՝

Ձանգահարեք **Molina Healthcare** Անդամների սպասարկման ծառայության անվճար ձեր **Molina Healthcare ID** անդամաճարտի վրա նշված համարով, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8 a.m. - 8 p.m. տեղական ժամանակով: TTY/TDD օգտվողներին խնդրում ենք զանգահարել 711:

Այս փաստաթուղթը կարող է անվճար ստանալ այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառատեսակի, բրայլյան գրի կամ ձայնագրության տեսքով: Ձանգահարեք **Molina Healthcare** Անդամների սպասարկման ծառայություն անվճար ձեր **Molina Healthcare ID** անդամաճարտի վրա նշված համարով, շաբաթը 7 օր, տեղական ժամանակով առավոտյան 8 a.m. - 8 p.m.: TTY/TDD օգտվողներին խնդրում ենք զանգահարել 711: Ձանգն անվճար է:

ԲԱԺԻՆ 1.4 Մենք պետք է ձեզ տեղեկություններ տրամադրենք մեր պլանի, մեր մատակարարների ցանցի և ձեր՝ փոխհատուցվող ծառայությունների մասին

Որպես Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ի անդամ, դուք իրավունք ունեք մեզնից ստանալ մի քանի տեսակի տեղեկատվություն:

Եթե ցանկանում եք ստանալ հետևյալ տեսակի տեղեկություններից որևէ մեկը, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711)։

- **Տեղեկատվություն մեր ծրագրի վերաբերյալ:** Սա ներառում է, օրինակ, տեղեկատվություն ծրագրի ֆինանսական վիճակի մասին:
- **Տեղեկատվություն մեր ցանցային մատակարարների և դեղատների վերաբերյալ** Դուք իրավունք ունեք մեզնից տեղեկություններ ստանալ մեր ցանցի մատակարարների և դեղատների որակավորումների և մեր ցանցի մատակարարներին վճարելու մեր եղանակի մասին:
- **Տեղեկատվություն ձեր ապահովագրության և այն կանոնների մասին, որոնց դուք պետք է հետևեք ձեր ապահովագրությունից օգտվելիս:** Գլուխներ 3-ը և 4-ը տեղեկատվություն են տրամադրում բժշկական ծառայությունների վերաբերյալ: Գլուխներ 5 և 6-ը տրամադրում են տեղեկություններ Մաս D-ի դեղերի ապահովագրական ծածկույթի մասին:

Գլխիկ 8: Ձեր իրավունքները և պատասխանատվությունը

- **Տեղեկատվություն այն մասին, թե ինչու որևէ բան չի ապահովագրվում և ինչ կարող է անել դրա հետ կապված:** Գլուխ 9-ը տեղեկատվություն է տրամադրում բժշկական ծառայության կամ Մաս D-ի դեղամիջոցի չփոխհատուցման կամ ձեր ապահովագրության սահմանափակման վերաբերյալ գրավոր բացատրություն խնդրելու վերաբերյալ: Գլուխ 9-ը նաև տեղեկատվություն է տրամադրում այն մասին, թե ինչպես մեզ խնդրել փոխել որոշումը, որը կոչվում է նաև բողոքարկում:

ԲԱԺԻՆ 1.5 Դուք իրավունք ունեք իմանալ ձեր բուժման տարբերակների մասին և մասնակցել ձեր առողջապահական խնամքի վերաբերյալ որոշումների կայացմանը

Դուք իրավունք ունեք իմանալ ձեր բուժման տարբերակները և մասնակցել ձեր առողջապահական խնամքի վերաբերյալ որոշումների կայացմանը:

Դուք իրավունք ունեք անբողջական տեղեկատվություն ստանալ ձեր բժիշկներից և այլ առողջապահական ծառայություններ մատուցողներից: Ձեր մատակարարները պետք է բացատրեն ձեր առողջական վիճակը և բուժման ընտրությունները *ձեզ հասկանալի ձևով*:

Դուք նաև իրավունք ունեք լիարժեք մասնակցություն ունենալ ձեր առողջապահական խնամքի վերաբերյալ որոշումների կայացմանը: Որպեսզի օգնենք ձեզ բժիշկների հետ որոշումներ կայացնել առ այն, թե որն է լավագույն բուժումը ձեզ համար, ձեր իրավունքները ներառում են հետևյալը՝

- **Իմանալ ձեր բոլոր հնարավոր տարբերակների մասին:** Դուք իրավունք ունեք տեղեկացված լինել ձեր վիճակի համար խորհուրդ տրվող բուժման բոլոր տարբերակների մասին՝ անկախ դրանց արժեքից կամ այն փաստից, թե արդյոք դրանք փոխհատուցվում են մեր ծրագրով: Այն նաև ներառում է մեր ծրագրի կողմից առաջարկվող ծրագրերի մասին տեղեկացված լինելը, որոնք օգնում են անդամներին կառավարել իրենց դեղորայքը և անվտանգ կերպով օգտագործել դեղերը:
- **Իմանալ ռիսկերի մասին:** Դուք իրավունք ունեք տեղեկանալու որևէ վտանգի մասին: Դուք նախապես պետք է տեղեկացվեք, եթե որևէ առաջարկված բուժապատրաստում կամ բուժում գիտահետազոտական փորձ է կանխատեսում: Դուք իրավունք ունեք հրաժարվել փորձնական բուժումներից:
- **Ասել՝ «Ոչ»:** Դուք իրավունք ունեք հրաժարվել ցանկացած բուժումից: Սա ներառում է հիվանդանոցը կամ այլ բժշկական հաստատությունը չլինելու իրավունքը, նույնիսկ եթե ձեր բժիշկը խորհուրդ է տալիս չլինել այն: Դուք նաև իրավունք ունեք դադարեցնել ձեր դեղորայքի ընդունումը: Այնուամենայնիվ, եթե հրաժարվում եք բուժումից կամ դադարեցնում եք դեղատոմսով դեղի ընդունումը, ապա կիրքեք ձեզ հետ պատահածի ողջ պատասխանատվությունը:

Դուք իրավունք ունեք հրահանգներ տալ այն մասին, թե ինչ պետք է անել, եթե ի վիճակի չլինեք ինքներդ բժշկական որոշումներ կայացնել:

Երբեմն մարդիկ անկարող են դառնում ինքնուրույն որոշումներ կայացնել առողջապահական խնամքի վերաբերյալ՝ դժբախտ պատահարների կամ լուրջ հիվանդության պատճառով: Դուք իրավունք ունեք ասելու, թե ինչպես կուզեք լինել, եթե այս իրավիճակում եք: Սա նշանակում է, որ *եթե ուզեք*, դուք կարող եք՝

- Լրացրեք գրավոր ձև՝ **օրենքով լիազորելու ինչ-որ մեկին ձեր փոխարեն որոշումներ կայացնել** եթե երբևէ անկարող լինեք ինքներդ որոշումներ կայացնել:
- **Տրամադրել ձեր բժշկին գրավոր տեղեկություններ** այն մասին, թե ինչպես եք ցանկանում, որ իրականացվի ձեր բուժապատրաստումը, եթե անկարող դառնաք ինքնուրույն որոշումներ կայացնել, ներառյալ՝ խնամքի վերաբերյալ, որը չէք ցանկանում:

Այս իրավիճակներում նախապես հրահանգներ տալու համար կարող եք օգտագործել իրավական փաստաթղթերը, որոնք կոչվում են **նախնական ցուցումներ**: Փաստաթղթերը, որոնք կոչվում են **կենդանի կտակ** և **բժշկական խնամքի լիազորագիր**, նախնական ցուցումների օրինակներ են:

Ինչպես կազմել նախնական ցուցում՝ հրահանգներ տալու նպատակով.

- **Ստացե՛ք ձևաթուղթ:** Դուք կարող եք նախնական ցուցումների ձևաթուղթ ստանալ ձեր փաստաբանից, սոցիալական աշխատողից կամ որոշ գրասենյակային պարագաների խոսույթներից: Դուք երբեմն կարող եք նախնական ցուցումների ձևեր ստանալ այն կազմակերպություններից, որոնք մարդկանց տեղեկատվություն են տրամադրում Medicare-ի մասին: Ձանգահարե՛ք Անդամների պասաքիման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները՝ 711) լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար:
- Ձևաթղթերը հասանելի են հաև մեր կայքի Caring Connections-ի հղումով անցնելիս և հետևյալ կայքում՝ <http://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/by-state/>:
- **Լրացրե՛ք ձևաթուղթը և ստորագրե՛ք այն:** Անկախ նրանից, թե որտեղից եք ստանում այս ձևը, հիշե՛ք, որ դա իրավական փաստաթուղթ է: Դուք պետք է դիտարկե՛ք փաստաբանի օգնությունը այն պատրաստելու համար:
- **Տվե՛ք ձևաթղթի պատճենները համապատասխան անձանց:** Դուք պետք է ձևաթղթի օրինակ տրամադրե՛ք ձեր բժշկին և այն անձին, որին նշել եք ձևաթղթում՝ որպես անձ, ով կարող է որոշումներ կայացնել ձեր փոխարեն, եթե դուք չկարողանա՛ք: Կարող եք օրինակներ տրամադրել մտերիմ ընկերների կամ ընտանիքի անդամներին: Մեկ պատճենը տանը պահե՛ք:

Եթե նախապես գիտե՛ք, որ հասպիտալացվելու եք և ստորագրել եք նախնական ցուցումների փաստաթուղթ, **դրա պատճենը ձեզ հետ տարե՛ք հիվանդանոց:**

- Հիվանդանոցում ձեզնից կհարցնեն, արդյո՞ք ստորագրել եք նախնական բժշկական կարգադրության ձևը և արդյո՞ք այն ձեզ հետ է:
- Եթե չե՛ք ստորագրել նախնական բժշկական կարգադրության ձևը, հիվանդանոցում առկա են ձևաթղթերը, և ձեզ կհարցնեն՝ արդյո՞ք ցանկանում եք ստորագրել դրանցից մեկը:

Նախնական ցուցում լրացնելը ձեր ընտրությունն է (ներառյալ՝ արդյո՞ք ցանկանում եք այն ստորագրել, եթե գտնվում եք հիվանդանոցում): Ոչ ոք չի կարող մերժել ձեզ բուժխնամք տրամադրել անկախ այն հանգամանից, թե նախնական հրահանգ ունե՛ք, թե ոչ:

Ինչ կարող եք անել, եթե ձեր հրահանգներին չեն հետևում

Եթե ստորագրել եք նախնական ցուցումը և կարծում եք, որ բժիշկը կամ հիվանդանոցը չեն հետևել դրանում նշված հրահանգներին, կարող եք բողոք ներկայացնել՝

Առողջապահության մասնագետների վերաբերյալ բողոքների համար՝

Առողջապահության հարմարությունների և հիվանդանոցների վերաբերյալ բողոքների համար՝

ԲԱԺԻՆ 1.6 Դուք իրավունք ունե՛ք բողոքներ ներկայացնել և խնդրել մեզ վերանայել մեր կայացրած որոշումները

Եթե ունե՛ք որևէ խնդիր, մտահոգություն կամ բողոք և անհրաժեշտ է ապահովագրության խնդրել կամ բողոք ներկայացնել, այս փաստաթղթի Գլուխ 9-ը նշում է, թե ինչ կարող եք անել: Անկախ նրանից, թե ինչ եք անում՝ խնդրում եք ապահովագրության որոշում, ներկայացնում բողոք կամ դժգոհություն արտահայտում, **մենք պարտավոր ենք ձեզ արդար մոտեցում ցուցաբերել:**

ԲԱԺԻՆ 1.7 Ինչ կարող եք անել, եթե կարծում եք, որ ձեզ հետ անարդար են վարվում կամ ձեր իրավունքները չեն հարգում

Եթե կարծում եք, որ ձեզ հետ անարդար են վարվել կամ ձեր իրավունքները չեն հարգել ձեր ուսսայի, հաշմանդամության, կրոնի, սեռի, առողջության, էթնիկ պատկանելության, դավանանքի (համոզմունքների), տարիքի, սեռական կողմնորոշման կամ ազգային պատկանելության պատճառով, ապա պետք է զանգահարե՛ք Department of Health and Human Services:

Գլխիկ 8: Զեր իրավունքները և պատասխանատվությունը

Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ հետևյալ հեռախոսահամարներով՝ 1-800-368-1019 (TTY՝ 1-800-537-7697) կամ գանգահարե՛ք Քաղաքացիական իրավունքների ձեր տեղական գրասենյակ:

Եթե կարծում եք, որ ձեզ հետ անարդար են վարվել կամ ձեր իրավունքները չեն հարգել, *և* դա կապված չէ խտրականության հետ, դուք կարող եք օգնություն ստանալ ձեր ունեցած խնդրի լուծման հարցում՝

- **Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները՝ 711) լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար:**
- **Զանգահարե՛ք ձեր տեղական SHIP՝ Ventura վարչաբջջան՝ (805) 477-7310**
- **Զանգահարե՛ք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048):**

ԲԱԺԻՆ 1.8 Ինչպես կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ ձեր իրավունքների մասին

Զեր իրավունքների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկատվություն կարող եք ստանալ հետևյալ աղբյուրներից.

- **Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 711)**
- **Զանգահարե՛ք ձեր տեղական SHIP՝ Ventura վարչաբջջան՝ (805) 477-7310**
- **Զանգահարե՛ք Medicare**
 - Այցելե՛ք www.Medicare.gov կայքը՝ *Medicare Rights & Protections* հրապարակումը կարդալու համար (հասանելի է՝ Medicare Rights & Protections)
 - Զանգահարե՛ք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048):

ԲԱԺԻՆ 2 Զեր պատասխանատվությունները որպես պլանի անդամ

Զեր անելիքները որպես ծրագրի անդամ թվարկված են ստորև: Զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները՝ 711) լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար:

- **Ծանոթացե՛ք ձեր փոխհատուցվող ծառայություններին և կանոններին, որոնց պետք է հետևեք այդ փոխհատուցվող ծառայություններից օգտվելու համար:** Օգտվե՛ք այս Ապահովագրության վկայագրից՝ իմանալու համար, թե ինչն է ապահովագրված ձեզ համար և ինչ կանոններ պետք է հետևեք ձեր փոխհատուցվող ծառայությունները ստանալու համար:
 - Գլուխներ 3-ը և 4-ը մանրամասներ են ներկայացնում ձեր բժշկական ծառայությունների մասին:
 - Գլուխներ 5 և 6 -ը տրամադրում տեղեկատվություն Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթի մասին:
- **Եթե մեր պլանից բացի դուք ունեք որևէ այլ բժշկական ապահովագրություն կամ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթ, դուք պարտավոր եք տեղեկացնել մեզ:** Գլուխ 1-ը պատմում է այս արտոնությունների համակարգման մասին:
- **Տեղեկացրե՛ք ձեր բժշկին և այլ առողջապահական ծառայություններ մատուցողներին** մասին, որ ընդգրկված եք մեր պլանում: Ցույց տվե՛ք ձեր ծրագրի անդամակցության ֆարսը և Medicaid-ի ձեր ֆարսը, երբ դուք ստանում եք ձեր բուժապասրիկումը կամ Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերը:

Գլուխ 8: Ձեր իրավունքները և պատասխանատվությունը

- **Օգնե՛ք ձեր բժիշկներին և այլ մատակարարներին օգնել ձեզ՝ նրանց տեղեկատվություն տրամադրելով, հարցեր տալով և հետևելով ձեր խնամքին:**
 - Լավագույն խնամքը ստանալու համար ձեր առողջական խնդիրների մասին պատմե՛ք ձեր բժիշկներին և այլ առողջապահական ծառայություններ մատուցողներին: Հետևե՛ք բուժման պլաններին և հրահանգներին, որոնց վերաբերյալ դուք և ձեր մատակարարները համաձայնության եք եկել:
 - Հանդիպե՛ք, որ ձեր բժիշկները տեղյակ են ձեր ընդունած բոլոր դեղերի մասին, ներառյալ առանց դեղատոմսի վաճառվող դեղամիջոցները, վիտամինները և հավելումները:
 - Եթե ունե՛ք որևէ հարց, անպայման հարցրե՛ք և ստացե՛ք ձեզ համար հասկանալի պատասխան:
- **Եղե՛ք ուշադիր: Մենք մեր բոլոր անդամներից ակնկալում ենք այլ հիվանդների իրավունքների նկատմամբ հարգալից վերաբերմունք: Մենք նաև ակնկալում ենք, որ դուք կգործե՛ք այնպես, որ նպաստե՛ք ձեր բժշկի գրասենյակի, հիվանդանոցների և այլ գրասենյակների անխափան գործունեությանը:**
- **Վճարե՛ք ձեր պարտքերը:** Որպես պլանի անդամ դուք պատասխանատու եք այս վճարումների համար.
 - Դուք պետք է վճարե՛ք մեր պլանի ապահովագրավորները:
 - Դուք պետք է շարունակե՛ք վճարել ձեր **Medicare**-ի ապահովագրավորները՝ պլանի անդամ մնալու համար:
 - Ձեր բժշկական ծառայությունների կամ պլանով փոխհատուցվող դեղերի մեծ մասի համար պետք է վճարե՛ք ծախսերի ձեր մասնաբաժինը, երբ ստանում եք տվյալ ծառայությունը կամ դեղը:
- **Եթե դուք տեղափոխվում եք պլանի սպասարկման տարածքի մեջ, մենք պետք է տեղյակ լինենք դրա մասին** որպեսզի կարողանանք թարմացնել ձեր անդամակցության գրանցամատյանը և իմանալ, թե ինչպես կապ հաստատել ձեզ հետ:
- **Եթե դուրս եք գալիս մեր սպասարկման տարածքից, ապա չե՛ք կարող մնալ այս պլանում:**
- **Եթե տեղափոխվում եք, կարևոր է նաև տեղեկացնել Սոցիալական ապահովության ծառայությանը (կամ Երկարադաշին կենսաբուժական խորհրդին):**

ԳԼՈՒԽ 9:

Ինչ անել, եթե ունեք խնդիր կամ բողոք (ապահովագրության որոշումներ, բողոքարկումներ, բողոքներ)

ԲԱԺԻՆ 1 Ի՞նչ անել խնդիր կամ բողոք ունենալու դեպքում

Այս գլխում բացատրվում է, թե ինչպես կարգավորել խնդիրները և մտահոգությունները: Ձեր խնդիրը լուծելու համար իրականացվող գործընթացը կախված է 2 բանից.

1. Արդյո՞ք ձեր խնդիրը վերաբերում է **Medicare-ի** թե **Medicaid-ի** տրամադրած նպաստներին: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն՝ որոշելու օգտվել **Medicare-ի** գործընթացից թե **Medicaid-ի**, թե երկուսից միաժամանակ, խնդրում ենք կապվել Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն՝ 711 հեռախոսահամարով):
2. Ձեր ունեցած խնդրի տեսակը՝
 - Որոշ խնդիրների դեպքում դուք պետք է օգտվեք **ապահովագրության որոշումների և բողոքարկումների գործընթացից:**
 - Այլ խնդիրների դեպքում դուք պետք է օգտվեք **դժգոհությունների ներկայացման գործընթացից** (կոչվում են նաև բողոքներ):

Այս գործընթացները հաստատվել են **Medicare-ի** կողմից: Յուրաքանչյուր գործընթաց ունի կանոնների, ընթացակարգերի և վերջնաժամկետների մի շարք, որոնք պետք է պահպանվեն ինչպես մեր, այնպես էլ ձեր կողմից:

Այս բաժնում առկա տեղեկատվությունը կօգնի ձեզ որոշել, թե որն է ճիշտ գործընթացը և ինչ պետք է անել:

ԲԱԺԻՆ 1.1 Իրավական տերմիններ

Այս գլխում բացատրված որոշ կանոնների, ընթացակարգերի և վերջնաժամկետների տեսակների համար կան իրավական տերմիններ: Այս տերմիններից շատերը անձանք են մարդկանց մեծամասնությանը և կարող են դժվարըմբռնելի լինել: Ամեն ինչ ավելի հեշտացնելու համար այս գլուխը՝

Այնուամենայնիվ, որոշ դեպքերում կարևոր է ճիշտ իրավական տերմինների իմացությունը: Որպեսզի օգնենք ձեզ հասկանալ, թե որ տերմիններն օգտագործել, մենք իրավական տերմիններ ենք ներառում, երբ մանրամասն նկարագրում ենք որոշակի տեսակի իրավիճակներ կարգավորելու մանրամասները:

ԲԱԺԻՆ 2 Որտեղ ստանալ ավելի շատ տեղեկատվություն և անհատականացված օգնություն

Մենք միշտ պատրաստ ենք օգնել ձեզ: Նույնիսկ եթե դուք բողոք ունեք ձեր նկատմամբ մեր վերաբերմունքի վերաբերյալ, մենք պարտավոր ենք հարգել ձեր բողոքարկման իրավունքը: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները՝ 711) լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար: Սակայն որոշ իրավիճակներում դուք կարող եք նաև օգնության կամ ուղղորդման կարիք ունենալ մեզ հետ կապ չունեցող անձից: Երկու կազմակերպություն, որոնք կարող են օգնել, հետևյալն են.

Բժշկական ապահովագրության աջակցման նահանգային ծրագիր (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Յուրաքանչյուր նահանգ ունի կառավարական ծրագիր՝ որակավորված խորհրդատուներով: Ծրագիրը կապված չէ մեր կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջության ապահովագրական պլանի հետ: Այս ծրագրի խորհրդատուները կարող են օգնել ձեզ հասկանալ, թե որ գործընթացը պետք է օգտագործեք ձեր ունեցած խնդիրը լուծելու համար: Նրանք կարող են նաև պատասխանել ձեր կարգերին, տրամադրել ձեզ ավելի շատ տեղեկություններ և առաջարկել ուղղորդում, թե ինչ անել:

SHIP խորհրդատուների ծառայությունները անվճար են:

Medicare-ի

Դուք կարող եք նաև կապվել Medicare-ի հետ՝ օգնություն ստանալու համար:

- Զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Այցելեք www.Medicare.gov կայք:

Կարող եք ստանալ օգնություն և տեղեկատվություն Medicaid-ից

Մեքսիկո California Department of Health Care Services (California Medicaid ծրագիր). Կոնտակտային տվյալներ	
ԶԱՆԳԱՀԱՆԻՔ	(916) 449-5000 N/A
TTY	711 Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է:
Գրեթե Մեջ	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4401 Sacramento, CA 95899-7413
Վեբկայք	https://www.dhcs.ca.gov/

Մեքսիկո Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman (California-ի Օմբուդսմենի ծրագիր) . Կոնտակտային տվյալներ	
ԶԱՆԳԱՀԱՆԻՔ	(888) 452-8609 երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m. - 5 p.m., PT, բացառությամբ սոն օրերը
TTY	N/A Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է:
Գրեթե Մեջ	N/A
Վեբկայք	https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

Մեքոդ	California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) . Կոնտակտային տվյալներ
ԶԱՆԳԱՀԱՆՔ	(800) 231-4024 Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m. - 5 p.m., PT, բացառությամբ տոն օրերը
TTY	(800) 231-4024 Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է:
Գրե՛ք Մեձ	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
ՎեբԿԱՅՔ	http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/

Մեքոդ	Livanta – (California-ի Որակի բարելավման կազմակերպություն) - Կոնտակտային տվյալներ
ԶԱՆԳԱՀԱՆՔ	(877) 588-1123 Երկուշաբթիից ուրբաթ՝ 9 a.m. - 5 p.m. տեղական ժամանակով և հանգստյան և տոն օրերին՝ 10 a.m. - 4 p.m. տեղական ժամանակով Հասանելի է 24-ժամյա ձայնային փոստի ծառայություն:
TTY	Հավաքե՛ք 711 (855) 887-6668 Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է:
Գրե՛ք Մեձ	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
ՎեբԿԱՅՔ	https://www.livantaqio.cms.gov/

ԲԱԺԻՆ 3 Որ գործընթացը կիրառել խնդրի լուծման համար

Քանի որ ունե՞ք Medicare և օգնություն ե՞ք ստանում Medicaid-ից, կան տարբեր գործընթացներ, որոնցից կարող ե՞ք օգտվել ձեր խնդիրը կամ բողոքը լուծելու համար: Որ գործընթացը կօգտագործե՞ք, կախված է նրանից, թե խնդիրը վերաբերում է Medicare, թե Medicaid նպաստին: Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է Medicare-ի կողմից տրամադրվող որևէ նպաստի, ապա պետք է օգտվե՞ք Medicare-ի գործընթացից: Եթե ձեր խնդիրը վերաբերում է Medicaid-ի կողմից տրամադրվող որևէ նպաստի, ապա պետք է օգտվե՞ք Medicaid-ի գործընթացից: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն՝ որոշելու օգտվել Medicare-ի գործընթացից, թե Medicaid-ի, խնդրում եմ կապվել Անդամների սպասարկման ծառայության հետ՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն՝ 711):

Medicare-ի և Medicaid-ի գործընթացները նկարագրված են այս գլխի տարբեր մասերում: Պարզելու համար, թե որ մասը պետք է կարգա՞ծ, օգտագործե՞ք ստորև բերված աղյուսակը:

Ձեր խնդիրը կապված է Medicare, թե՞ Medicaid նպաստի հետ:

Իմ խնդիրը վերաբերում է **Medicare** նպաստներին:

Անցե՛ք **Բաժին 4-ին՝ Ձեր Medicare-ի** նպաստների հետ կապված խնդիրների լուծումը:

Իմ խնդիրը վերաբերում է **Medicaid** ծածկույթին:

Անցե՛ք **Բաժին 12-ին՝ Ձեր Medicaid-ի** նպաստների հետ կապված խնդիրների լուծումը:

ԲԱԺԻՆ 4 Ձեր Medicare նպաստների հետ կապված խնդիրների լուծում

Արդյո՞ք ձեր խնդիրը կամ մտահոգությունը վերաբերում է նպաստներին կամ ապահովագրական ծածկույթին:

Սա ներառում է որոշակի բուժապասարկման (ներառյալ բժշկական պարագաները, ծառայությունները և/կամ **B** մասի դեղատոմսային դեղերը) ապահովագրության, ապահովագրության եղանակի և բուժապասարկման վճարման հետ կապված վերաբերյալ խնդիրներ:

Այո:

Անցե՛ք **Բաժին 5-ին՝ Ապահովագրության որոշումների և բողոքարկումների ուղեցույց:**

Ոչ:

Անցե՛ք **Բաժին 11-ին՝ Ինչպե՞ս բողոք ներկայացնել բուժապասարկման որակի, սպասման ժամանակի, հաճախորդների սպասարկման կամ այլ մտահոգությունների վերաբերյալ:**

Ապահովագրության որոշումներ և բողոքարկումներ

ԲԱԺԻՆ 5 Ապահովագրության որոշումների և բողոքարկումների ուղեցույց

Ապահովագրության որոշումները և բողոքարկումները առնչվում են ձեր նպաստների և ձեր բուժապասարկման ապահովագրության հետ կապված խնդիրների հետ (ծառայություններ, պարանիներ և Մաս **B**-ի դեղատոմսային դեղեր, ներառյալ վճարում): Որպեսզի ամեն ինչ պարզ լինի, մենք **բուժապասարկում** ասելով սովորաբար նկատի ունենք բժշկական պարագաները, ծառայությունները և **Medicare Part B**-ի դեղատոմսային դեղերը: Դուք օգտվում եք ուրբեման և բողոքարկումների գործընթացից այնպիսի հարցերի համար, ինչպիսիք են՝ արդյո՞ք ինչ-որ բան ապահովագրված է, թե ոչ, և թե ինչպես է ինչ-որ բան փոխհատուցվում:

Ինչպես Ապահովագրության որոշումների հայտ ներկայացնել նախքան ծառայություններ ստանալը

Եթե ցանկանում եք իմանալ, թե արդյո՞ք մենք ապահովագրելու ենք բժշկական ծառայությունը նախքան այն ստանալը, կարող եք խնդրել մեզ ապահովագրական որոշում կայացնել ձեզ համար: Ապահովագրության որոշումը նախնական որոշում է, որը մենք կայացնում ենք ձեր նպաստների և ապահովագրության կամ ձեր բժշկական ծառայությունների, պարագաների կամ բուժապասարկման համար մեր կողմից վճարվող գումարի վերաբերյալ: Օրինակ, եթե ձեր ծրագրի ցանցային բժիշկը ձեզ ուղեգրում է ցանցից դուրս բժշկական մասնագետի մոտ, այս ուղեգրումը համարվում է բարեկապատ ապահովագրության որոշում կամ եթե ձեր ցանցային բժիշկը չի կարող ցույց տալ, որ դուք ստացել եք այս բժշկական մասնագետի համար ստանդարտ մեթոդի ծանուցում կամ Ապահովագրության վկայագիրը հստակ չի կռում, որ ուղեգրված ծառայությունը երբեք չի

ապահովագրվում որևէ պայմանով: Դուք կամ ձեր բժիշկը կարող եք նաև կապվել մեզ հետ և խնդրել ապահովագրության որոշում, եթե ձեր բժիշկը վստահ չէ, թե արդյոք մենք կապահովագրենք որոշակի բժշկական ծառայություններ կամ հրաժարվում է սրամադրել բուժապասարկում, որը դուք կարծում եք, որ ձեզ անհրաժեշտ է: Սահմանափակ դեպքերում բողոքարկման հարցումը կմերժվի, ինչը նշանակում է, որ մենք այն չենք վերանայի: Հարցումը մերժվելու օրինակներից են՝ եթե հարցումը թերի է, եթե ինչ-որ մեկը հարցում է անում ձեր անունից, բայց օրինակաբար լիազորված չէ դա անելու կամ եթե դուք խնդրում եք հետ վերցնել ձեր հարցումը: Եթե մենք մերժենք ապահովագրության որոշման հայցը, մենք ձեզ ծանուցում կուղարկենք՝ բացատրելով, թե ինչու է հայցը մերժվել և ինչպես խնդրել մերժման վերանայում:

Մենք կայացնում ենք փոխհատուցման որոշում ամեն անգամ, երբ որոշում ենք՝ ինչն է փոխհատուցվում ձեզ համար և որքան ենք մենք վճարում: Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք որոշել, որ բուժապասարկումը չի ապահովագրվում կամ այլևս չի հատուցվում Medicare-ի կողմից ձեզ համար: Եթե դուք համաձայն չեք այս փոխհատուցման որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել այն:

Բողոքարկում իրականացնել

Եթե մենք ապահովագրության վերաբերյալ որոշում կայացնենք, անկախ նրանից՝ նպաստը ստանալուց առաջ է, թե հետո, և դուք գոհ չլինեք, կարող եք **բողոքարկել** որոշումը: Բողոքարկումը մեզանից պահանջելու պատճենակապ եղանակ է՝ վերանայել և փոխել մեր կողմից ընդունված ապահովագրական որոշումը: Որոշակի հանգամանքներում, որոնք մենք կհնարակենք ավելի ուշ, դուք կարող եք դիմել ապահովագրության որոշման հապնեպ կամ **արագ բողոքարկման** համար: Ձեր բողոքարկումը բնական է սկզբնական որոշումը կայացնողներից գառ այլ վերանայողների կողմից:

Երբ առաջին անգամ եք բողոքարկում որոշումը, դա կոչվում է 1-ին մակարդակի բողոքարկում: Այս բողոքարկման ժամանակ մենք վերանայում ենք մեր կողմից ընդունված փոխհատուցման որոշումը՝ ստուգելու համար, թե արդյոք մենք պատշաճ կերպով հետևել ենք բոլոր կանոններին: Վերանայումն ավարտելուց հետո մենք ձեզ գրավոր կտեղեկացնենք մեր որոշման մասին:

Սահմանափակ դեպքերում 1-ին մակարդակի բողոքարկման հայտը կմերժվի, ինչը նշանակում է, որ մենք այն չենք վերանայի: Հարցումը մերժվելու օրինակներից են՝ եթե հարցումը թերի է, եթե ինչ-որ մեկը հարցում է անում ձեր անունից, բայց օրինակաբար լիազորված չէ դա անելու կամ եթե դուք խնդրում եք հետ վերցնել ձեր հարցումը: Եթե մենք մերժենք Մակարդակ 1 բողոքարկման հայտը, մենք ձեզ ծանուցում կուղարկենք՝ բացատրելով, թե ինչու է հայցը մերժվել և ինչպես խնդրել մերժման վերանայում:

Եթե անբողջությամբ կամ մասնակիորեն ենք մերժում ձեր բժշկական խնամքի վերաբերյալ 1-ին մակարդակի բողոքարկումը, ապա այն ավտոմատ կերպով կփոխանցվի 2-րդ մակարդակ, որը իրականացվում է անկախ վերանայող կազմակերպության կողմից, որը կապ չունի մեր կազմակերպության հետ:

- 2-րդ մակարդակի բողոքարկում սկսելու համար ձեզանից որևէ բան անել չի պահանջվում: Medicare-ի կանոնները պահանջում են, որ մենք ավտոմատ կերպով ուղարկենք ձեր բուժապասարկման վերաբերյալ բողոքարկումը 2-րդ մակարդակին, եթե մենք լիովին համաձայն չենք ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման հետ:
- Տե՛ս այս գլխի **Բաժին 6.4** -ը բուժապասարկման 2-րդ մակարդակի բողոքարկումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:
- Մաս D-ի բողոք-հայցերը ավելի մանրամասն բնութագրվում են այս գլխի 7-րդ բաժնում:

Եթե դուք գոհ չեք 2-րդ մակարդակի բողոքարկման, կարող եք շարունակել անցնել բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակներով (այս գլուխը բացատրում է 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակների Բողոքարկումների գործընթացները):

ԲԱԺԻՆ 5.1 Ինչպես դիմել ապահովագրության որոշման համար կամ բողոքարկել

Ահա ձեզ ռեսուրսներ, եթե որոշեք դիմել ապահովագրության որևէ տեսակի որոշման համար կամ բողոքարկել որոշումը.

- **Զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427** հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները՝ 711) լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար:
- Դուք կարող եք անվճար օգնություն ստանալ Բժշկական ապահովագրության աջակցման նահանգային ծրագրից:

- **Ձեր բժիշկը կարող է պահանջ ներկայացնել ձեր անունից:** Եթե ձեր բժիշկը օգնի 2-րդ մակարդակից հետո բողոքարկման հարցում, նա որպես ձեր ներկայացուցիչ պետք է նշանակվի: Խնդրում եմ գանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն և խնդրել *Ներկայացուցչի նշանակման* ձևը: (Ձևաթուղթը նույնպես հասանելի է):
 - Եթե ձեզ անհրաժեշտ է բուժապասարկում, ձեր բժիշկը կարող է ձեր փոխարեն խնդրել փոխհատուցման որոշում կամ ներկայացնել 1-ին մակարդակի բողոք, որը ավտոմատ կփոխանցվի 2-րդ մակարդակ:
 - Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի համար ձեր բժիշկը կամ այլ նշանակող կարող է ձեր անունից դիմել ապահովագրության որոշման կամ 1-ին մակարդակի բողոքարկման համար: Եթե ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը մերժվի, ձեր բժիշկը կամ դեղատոմս գրող բժիշկը կարող է 2-րդ մակարդակի բողոքարկում պահանջել:
- **Դուք կարող եք խնդրել ինչ-որ մեկին գործել ձեր անունից:** Դուք կարող եք նշել մեկ այլ անձնավորության, ով կգործի ձեր անունից, որպես ձեր «ներկայացուցիչ», որը կդիմի փոխհատուցման որոշման կամ բողոքարկման համար:
 - Եթե ցանկանում եք, որ ձեր ներկայացուցիչը լինի ձեր ընկերը, ազգականը կամ այլ անձ, գանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն՝ 711) և խնդրեք տրամադրել *Ներկայացուցչի նշանակման* ձևաթուղթ: (Այս ձևը հասանելի է նաև www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf կայքում կամ MolinaHealthcare.com/Medicare մեր կայքում): Ձևաթուղթը այդ անձին բույլտվություն է տալիս գործել ձեր անունից: Այն պետք է ստորագրված լինի ձեր և այն անձի կողմից, ով ցանկանում է գործի ձեր անունից: Դուք մեզ պետք է տրամադրեք ձևաթղթի ստորագրված պատճենը:
 - Մենք կարող ենք ընդունել բողոքարկման հարցումն առանց ձևաթղթի, բայց չենք կարող սկսել կամ ավարտել վերանայման աշխատանքները, մինչև չստանանք ձևաթուղթը: Եթե մենք չստանանք ձևաթուղթը մինչև ձեր բողոքարկման վերաբերյալ որոշում կայացնելու վերջնաժամկետը, ձեր բողոքարկման հայտը կմերժվի: Եթե դա տեղի ունենա, մենք ձեզ գրավոր ծանուցում կուղարկենք՝ բացատրելով ձեր իրավունքը՝ խնդրելու անկախ վերանայման կազմակերպությանը վերանայել ձեր բողոքարկումը մերժելու մեր որոշումը:
- **Դուք նաև իրավունք ունեք վարձել փաստաբան:** Դուք կարող եք գանգահարել ձեր փաստաբանին կամ ստանալ փաստաբանի անունը փաստաբանների տեղական միությունից կամ այլ տեղեկատու ծառայությունից: Որոշ իրավական խմբեր կարող են ձեզ տրամադրել անվճար իրավաբանական ծառայություններ, եթե ունեք համապատասխան իրավասություն: Այնուամենայնիվ, դուք պարտավոր չեք փաստաբան վարձել ապահովագրության որևէ տեսակի որոշում խնդրելու կամ որոշումը բողոքարկելու համար:

ԲԱԺԻՆ 5.2 Կանոններ և ժամկետներ տարբեր իրավիճակների համար

Գոյություն ունեն 4 տարբեր տեսակի իրավիճակներ, որոնք ներառում են Ապահովագրության որոշումներ և բողոքարկումներ: Քանի որ յուրաքանչյուր իրավիճակ ունի տարբեր կանոններ և վերջնաժամկետներ, մենք յուրաքանչյուրի հետ կապված մանրամասները ներկայացնում ենք առանձին բաժնում:

- **Բաժին 6.** «Բուժապասարկում»։ Ինչպե՞ս դիմել ապահովագրության որոշման համար կամ բողոքարկել
- **Բաժին 7.** Medicare Part D-ի դեղեր։ Ինչպե՞ս դիմել ապահովագրության որոշման համար կամ բողոքարկել
- **Բաժին 8.** Ինչպես դիմել մեր ավելի երկար հիվանդանոցային կեցությունը փոխհատուցելու համար, եթե կարծում եք, որ ձեզ շատ շուտ են դուրս գրում
- **Բաժին 9.** Ինչպես դիմել՝ որոշ բժշկական ծառայությունների ծածկույթի շարունակման համար, եթե կարծում եք, որ ձեր ծածկույթը վաղաժամկետ է ավարտվում (*Վերաբերում է միայն հետևյալ ծառայություններին՝* տնային առողջապահական ծառայություններ, որակավորված բուժօւյրական խնամքի հաստատության ծառայություններ և Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության [CORF] ծառայություններ)

Եթե համոզված չեք, թե որ բաժնից օգտվել, խնդրում եմ գտնել հարկադրյալ Անդամների սպասարկման ծառայություն: Դուք կարող եք նաև օգնություն կամ տեղեկատվություն ստանալ ձեր SHIP-ից:

ԲԱԺԻՆ 6 Բուժապասարկում. ինչպե՞ս դիմել ապահովագրության որոշման համար կամ բողոքարկել

ԲԱԺԻՆ 6.1 Այս բաժինը պատմում է, թե ինչ պետք է անել, եթե բուժապասարկման համար ապահովագրություն ստանալու հետ կապված խնդիրներ ունեք կամ եթե ցանկանում եք, որ մենք փոխհատուցենք ձեր խնամքի համար

Ձեր բժշկական օգնության նպաստները ներկայացված են 4-րդ գլխում՝ Բժշկական նպաստների աղյուսակում: Որոշ դեպքերում, տարբեր կանոններ են կիրառվում են **B Մասի** դեղերի հայտերի նկատմամբ: Այդ դեպքերում մենք կբացատրենք, թե ինչպես է **B Մասի** դեղերի նկատմամբ կիրառելի կանոնները տարբերվում բժշկական ապրանքների և ծառայությունների նկատմամբ կիրառելի կանոններից:

Այս բաժինը ներկայացնում է, թե ինչ կարող եք անել հետևյալ 5 իրավիճակներում՝

1. Դուք չեք ստանում որոշակի բուժապասարկում, և կարծում եք, որ մեր պլանով այդ խնամքը ապահովագրված է:
Ներկայացրեք ծածկույթի որոշման հայտ: Բաժին 6.2.
2. Մեր պլանը չի հաստատում բուժապասարկումը՝ ձեր բժշկը կամ այլ բուժօգնության մատակարար ցանկանում է ձեզ նշանակել, և դուք կարծում եք, որ այս խնամքը ապահովագրված է մեր պլանով: **Ներկայացրեք ծածկույթի որոշման հայտ: Բաժին 6.2.**
3. Դուք ստացել եք բուժապասարկում, որն ըստ ձեզ պետք է ապահովագրված լինի պլանով, բայց մենք չենք վճարում դրա համար: **Բողոքարկում իրականացնել: Բաժին 6.3.**
4. Դուք ստացել եք բուժապասարկում և վճարել եք դրա դիմաց, և կարծում եք, որ այն պետք է հատուցվի պլանով, և ցանկանում եք հայտ ներկայացնել պլանին այդ խնամքի ծախսերը փոխհատուցելու համար: **Ուղարկեք հաշիվը մեզ: Բաժին 6.5.**
5. Ձեզ ասվում է, որ ձեր ստացած որոշակի բուժապասարկման ապահովագրությունը, որ նախկինում հաստատել եմք, կրճատվելու կամ դադարեցվելու է, և կարծում եք, որ այս խնամքի կրճատումը կամ դադարեցումը կարող է վնասել ձեր առողջությանը: **Բողոքարկում իրականացնել: Բաժին 6.3.**

Նշում.

Եթե ապահովագրությունը, որը դադարեցվելու է, հիվանդանոցային բուժօգնության, տնային բուժապասարկման, որակավորված բուժֆուրսային խնամքի հաստատության կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունների համար է, պետք է կարգադրվի այս գլխի 8-րդ և 9-րդ գլուխները: Հասուկ կանոններ են կիրառվում այս տեսակի խնամքի համար:

ԲԱԺԻՆ 6.2 Ինչպես դիմել ապահովագրության որոշում ստանալու համար

Իրավական տերմիններ

Երբ ապահովագրության որոշումը ներառում է ձեր բուժապասարկումը, այն կոչվում է **կազմակերպության որոշում**:
«Մածկույթի արագ որոշումը» կոչվում է «փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում»:

Քալ 1. Որոշե՛ք, թե արդյո՞ք ձեզ հարկավոր է ապահովագրության ստանդարտ որոշում, թե՛ փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում:

Ստանդարտ փոխհատուցման որոշումը սովորաբար կայացվում է **7 օրացուցային օրվա ընթացքում**, եթե բժշկական ապրանքը կամ ծառայությունը ենթակա է նախնական հաստատման կանոններին, **14 օրացուցային օրվա ընթացքում՝** մյուս բոլոր ապրանքների և ծառայությունների համար, կամ **72 ժամվա ընթացքում՝ B մասի դեղամիջոցների դեպքում: Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշումը որպես կանոն կայացվում է 72 ժամվա ընթացքում բժշկական ծառայությունների և 24 ժամվա ընթացքում՝ Մաս B-ի դեղերի համար:** Կարող եք ստանալ փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում *միայն* եթե ստանդարտ ժամկետների դեպքում ձեր գործունակությանը կարող է լուրջ վնաս հասցվել կամ ձեր գործունակությունը կարող է սուժել:

- **Եթե ձեր բժիշկը մեզ հայտնի, որ ձեր առողջական վիճակը պահանջում է փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում, մենք ավտոմատ կերպով ձեզ կարամադրենք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում:**
- **Եթե դուք ինՖնություն՝ առանց ձեր բժշկի հիմնավորման, խնդրե՛ք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում, մենք կորոշենք, թե արդյո՞ք ձեր առողջությունը պահանջում է, որ մենք ձեզ տրամադրենք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում:** Եթե չհաստատենք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշումը, ձեզ նամակ կուղարկենք, որը.
 - Կբացատրի, որ կիրառելու ենք ստանդարտ ժամկետներ:
 - Կբացատրի, որ եթե ձեր բժիշկը խնդրի փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում, մենք ավտոմատ կերպով ձեզ կարամադրենք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում:
 - Կբացատրի, թե ինչպես կարող եք ներկայացնել արագ բողոք՝ մեր կողմից փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշման փոխարեն ստանդարտ Ապահովագրության որոշում կայացնելու համար:

Քալ 2. Մեր պլանին ներկայացրե՛ք ապահովագրության ստանդարտ որոշում կամ փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կայացնելու հայտ:

- Սկսե՛ք զանգահարելով, գրելով կամ ֆաքս ուղարկելով մեր պլանին, որպեսզի մենք ձեզ թույլ տանք ստանալ փոխհատուցում ձեր նախընտրած բուժսպասարկման համար: Դուք, ձեր բժիշկը կամ ձեր ներկայացուցիչը կարող եք դա անել: Գլուխ 2-ը պարունակում է կոնտակտային տվյալներ:

Քալ 3. Մենք կուսումնասիրենք բուժսպասարկման ձեր հայտը և ձեզ կպատասխանենք:

Մածկույթի ստանդարտ որոշման համար գործում են ստանդարտ ժամկետներ:

Նշանակում է, որ մենք ձեզ կպատասխանենք բժշկական ապրանքի կամ ծառայության ձեր հայտը ստանալուց հետո **7 օրացուցային օրերի ընթացքում:** Եթե ձեր պահանջած բժշկական ապրանքը կամ ծառայությունը ենթարկա չէ մեր նախնական հաստատման կանոններին, մենք ձեզ պատասխան կտանք ձեր դիմումը ստանալուց հետո **14 օրացուցային օրվա ընթացքում:** Եթե ձեր հայտը **Մաս B** դեղատոմսով դեղի համար է, մենք ձեզ կպատասխանենք ձեր հայտը ստանալուց հետո **72 ժամվա ընթացքում:**

- **Այնուամենայնիվ,** եթե ձեզ պահանջվի ավելի շատ ժամանակ կամ եթե մեզ անհրաժեշտ լինեն լրացուցիչ տեղեկություններ, որոնք կարող են օգտակար լինել ձեզ համար, **հնարավոր է, որ պահանջվի մինչև 14 օրացուցային օր,** եթե ձեր հայտը վերաբերվում է բժշկական ապրանքի կամ ծառայության: Եթե որոշե՛նք, որ լրացուցիչ օրեր են պահանջվում, մենք ձեզ գրավոր կձանուցենք: Մենք չենք կարող լրացուցիչ ժամանակ պահանջել որոշում կայացնելու համար, եթե ձեր հայտը վերաբերում է Մաս B-ի դեղատոմսային դեղերին:
- Եթե կարծում եք, որ *չպետք է* լրացուցիչ օրեր պահանջվեն, կարող եք արագ բողոք ներկայացնել: Մենք ձեր բողոքին կպատասխանենք, որոշում կայացնելուն պես: (Բողոք ներկայացնելու գործընթացը տարբերվում է ապահովագրության որոշումների և բողոքարկումների գործընթացից: Տե՛ս սույն Գլխիկ բողոքների և առնչվող 11-րդ բաժինը):

Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշումների համար գործում է արագացված ժամկետ:

Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշումների դեպքում մենք կպատասխանենք **72** ժամվա ընթացքում, եթե ձեր հայտը բժշկական ապրանքի կամ ծառայության համար է: Եթե ձեր հայտը **Մաս B** դեղատոմսային դեղի համար է, մենք ձեզ կպատասխանենք **24** ժամվա ընթացքում:

- **Այնուամենայնիվ**, եթե ձեզ ավել ժամանակ պահանջվի կամ եթե մեզ անհրաժեշտ լինի ավելի շատ տեղեկատվություն, որը կարող է ձեզ օգտակար լինել, **մենք կարող ենք օգտվել մինչև 14 լրացուցիչ օրացուցային օրվա ժամկետից:** Եթե որոշեմք, որ լրացուցիչ օրեր են պահանջվում, մենք ձեզ գրավոր կձեռնարկենք: Մենք չենք կարող լրացուցիչ ժամանակ պահանջել որոշում կայացնելու համար, եթե ձեր հայտը վերաբերում է **Մաս B**-ի դեղատոմսային դեղերին:
- Եթե կարծում եք, որ *չպետք է* լրացուցիչ օրեր պահանջվեն, կարող եք *արագ բողոք* ներկայացնել: (Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես Բաժին 11): Մենք ձեզ կգանգառենք որոշում կայացնելուն պես:
- Եթե մեր պատասխանը մերժում է ձեր հարցման անբողջական կամ մասնակի մասը, ապա ձեզ կուղարկենք գրավոր հայտարարություն, որը կբացատրի մերժման պատճառները:

Քայլ 4. Եթե մենք մերժենք բուժապասարկման ձեր հայտը, կարող եք բողոքարկել:

Եթե մենք մերժենք բուժխնամքի ձեր հայտը, դուք իրավասու եք խնդրել մեզ վերանայել այս որոշումը բողոքարկման միջոցով: Դա նշանակում է կրկին դիմել ստանալ ձեր նախընտրած բուժապասարկման ապահովագրություն: Բողոքարկում ներկայացնելը նշանակում է, որ դուք անցնում եք բողոքարկումների գործընթացի 1-ին մակարդակ:

ԲԱԺԻՆ 6.3 Ինչպես 1-ին մակարդակի բողոք ներկայացնել

Իրավական տերմիններ

Բուժապասարկման ապահովագրության որոշման վերաբերյալ պլանին ներկայացվող բողոքարկումը կոչվում է պլանի **վերադիտարկում**»:

Արագ բողոքարկումը կոչվում է նաև **արագացված վերադիտարկում**:

Քայլ 1. Որոշեք, թե արդյոք ձեզ հարկավոր է ապահովագրության ստանդարտ բողոքարկում, թե՛ արագ բողոքարկում:

Ապահովագրության ստանդարտ բողոքարկումը սովորաբար պահանջում է 30 օրացուցային օր կամ 7 օրացուցային օր՝ B Մասի դեղերի համար: Արագ բողոքարկումը սովորաբար տևում է 72 ժամ:

- Եթե բողոքարկում եք մեր կողմից դեռևս չստացած ծառայությունների ապահովագրման վերաբերյալ մեր կայացրած որոշումը, դուք կ/կամ ձեր բժիշկը պետք է որոշի, թե արդյոք ցանկանում եք արագ բողոքարկում: Եթե ձեր բժիշկը մեզ ասի, որ ձեր առողջական վիճակը պահանջում է արագ բողոքարկում, մենք կտրամադրենք արագ բողոքարկում:
- Արագ բողոքարկում ստանալու պահանջները նույնն են, ինչ սույն Գլխի 6.2 բաժնում սահմանված փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշման պահանջները:

Քայլ 2. Դիմեք ձեր պլանին բողոքարկման կամ արագ բողոքարկման համար:

- Եթե դիմել եք ստանդարտ բողոքարկման համար, ձեր ստանդարտ բողոքարկումը ներկայացրեք գրավոր: Գլուխ 2-ը պարունակում է կոնտակտային տվյալներ:
- Եթե դիմել եք արագ բողոքարկման համար, ձեր բողոքարկումը ներկայացրեք գրավոր կ գանգառեք մեզ: Գլուխ 2-ը պարունակում է կոնտակտային տվյալներ:

- **Դուք պետք է ներկայացնեք ձեր բողոքարկումը 65 օրացուցային օրերի ընթացքում՝** հաշվարկված ապահովագրության որոշման հայտի մեր պատասխանը ներկայացնող գրավոր ծանուցման նամակը ստանալու ամսաթվից: Այդ վերջնաժամկետը բաց թողնելու դեպքում, եթե այն բաց թողնելու հարգելի պատճառ ունեք, բողոքարկումը ներկայացնելիս բացատրեք, թե ինչու է ձեր բողոքարկումն ուշ ներկայացվել: Մենք կարող ենք ձեզ լրացուցիչ ժամանակ տրամադրել՝ ձեր բողոքարկումը ներկայացնելու համար: Հարգելի պատճառի օրինակներ են՝ լուրջ հիվանդությունը, որը թույլ չի տալիս ձեզ մեզ հետ կապ հաստատել կամ եթե մենք ձեզ սխալ կամ թերի տեղեկատվություն ենք տրամադրել բողոքարկման վերջնաժամկետի մասին:
- **Դուք կարող եք խնդրել ձեր բժշկական որոշման վերաբերյալ տեղեկության պատճեններ: Դուք և ձեր բժիշկը կարող եք նաև հավելել լրացուցիչ տեղեկություններ՝ ձեր բողոքարկմանն աջակցելու համար:**

Քաղ 3. Մենք դիտարկում ենք ձեր բողոքը և կարամադրենք մեր պատասխանը:

- Երբ դիտարկում ենք ձեր բողոքարկումը, մենք ուշադիր ուսումնասիրում ենք ամբողջ տեղեկատվությունը: Մենք ստուգում ենք, համոզվելու համար, որ հետևել ենք բոլոր կանոններին, երբ մերժել ենք ձեր հայտը:
- Անհրաժեշտության դեպքում կարող ենք հավաքագրել լրացուցիչ տեղեկատվություն՝ հնարավոր է՝ կապ հաստատելով ձեզ կամ ձեր բժշկի հետ:

Արագ բողոքարկման վերջնաժամկետները

- **Արագ բողոքարկումների դեպքում մենք պետք է ձեզ պատասխանենք ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:** Մենք կպատասխանենք ձեզ ավելի վաղ, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջի:
 - Եթե ձեզ պահանջվի ավելի շատ ժամանակ կամ եթե մեզ անհրաժեշտ լինեն լրացուցիչ տեղեկություններ, որոնք կարող են օգտակար լինել ձեզ համար, **հնարավոր է, որ պահանջվի մինչև 14 օրացուցային օր որոշումը կայացնելու համար**, եթե ձեր հայտը վերաբերվում է բժշկական ապրանքի կամ ծառայության: Եթե որոշենք, որ լրացուցիչ օրեր են պահանջվում, մենք ձեզ գրավոր կձանուցենք: Մենք չենք կարող լրացուցիչ ժամանակ պահանջել, եթե ձեր հայտը վերաբերում է Մաս B-ի դեղատոմսային դեղերին:
 - Եթե մենք ձեզ չպատասխանենք 72 ժամվա ընթացքում (կամ մինչև երկարաձգված ժամանակահատվածի ավարտին, եթե մենք լրացուցիչ օրեր են պահանջվել), մենք պարտավոր ենք ավտոմատ կերպով ձեր հարցումն ուղարկել Բողոքարկումների գործընթացի 2-րդ մակարդակ, որտեղ այն կֆինանսվի անկախ վերանայող կազմակերպության կողմից: Բաժին 6.4.-ը բացատրում է 2-րդ մակարդակի Բողոքարկումների գործընթացը:
- **Եթե մենք մասամբ կամ լիովին հաստատում ենք ձեր հայտը**, ապա պետք է թույլատրենք կամ տրամադրենք փոխհատուցում, որը մենք համաձայնվել ենք տրամադրել ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- **Եթե մենք մասամբ կամ լիովին մերժենք ձեր հայտը**, մենք կուղարկենք ձեզ մեր որոշումը գրավոր ձևով և ավտոմատ կերպով կփոխանցենք ձեր դիմումը անկախ վերանայող կազմակերպությանը՝ 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար: Անկախ վերանայման կազմակերպությունը ձեզ կտեղեկացնի գրավոր ձևով, երբ ստանա ձեր բողոքարկումը:

Ստանդարտ բողոքարկման վերջնաժամկետները

- **Ստանդարտ բողոքարկումների դեպքում մենք պետք է ձեզ պատասխանենք ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրերի ընթացքում:** Եթե ձեր հայտը Medicare Part B դեղատոմսով դեղի համար է, մենք ձեզ կպատասխանենք ձեր հայտը ստանալուց հետո 7 օրացուցային օրերի ընթացքում: Մենք կտրամադրենք ձեզ մեր որոշումն ավելի վաղ, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջի:
 - Այնուամենայնիվ, եթե ձեզ պահանջվի ավելի շատ ժամանակ կամ եթե մեզ անհրաժեշտ լինեն լրացուցիչ տեղեկություններ, որոնք կարող են օգտակար լինել ձեզ համար, **հնարավոր է, որ պահանջվի մինչև 14 օրացուցային օր**, եթե ձեր հայտը վերաբերվում է բժշկական ապրանքի կամ ծառայության: Եթե որոշենք, որ լրացուցիչ օրեր են պահանջվում, մենք ձեզ գրավոր կձանուցենք: Մենք չենք կարող լրացուցիչ ժամանակ պահանջել որոշում կայացնելու համար, եթե ձեր հայտը վերաբերում է Մաս B-ի դեղատոմսային դեղերին:

- Եթե կարծում եք, որ *չպետք է* լրացուցիչ օրեր պահանջվեն, կարող եք արագ բողոք ներկայացնել: Եթե դուք արագ բողոքարկման հայտ եք ներկայացնում, մենք ձեզ կպատասխանենք **24** ժամվա ընթացքում: (Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տես Բաժին 11):
- Եթե մենք ձեզ չպատասխանենք մինչև ժամկետի ավարտը (կամ մինչև երկարաձգված ժամկետի ավարտը), մենք ձեր հարցումը կուղարկենք **2-րդ մակարդակի բողոքարկման**, որտեղ անկախ վերանայող կազմակերպությունը կուսումնասիրի բողոքարկումը: Բաժին **6.4**-ը բացատրում է **2-րդ մակարդակի Բողոքարկումների գործընթացը**:
- **Եթե մեր պատասխանը դրական է ձեր հարցման ամբողջական կամ մասնակի մասով**, ապա պարտավոր եմք հաստատել կամ սրամադրել ապահովագրական ծածկույթը՝ **30** օրացուցային օրվա ընթացքում, եթե հարցումը վերաբերում է բժշկական պարագայի կամ ծառայության, **7 օրացուցային օրվա ընթացքում**, եթե հարցումը վերաբերում է Մաս **B** դեղատոմսային դեղին:

Եթե մեր պլանը մասամբ կամ լիովին մերժի ձեր բողոքարկումը, ապա ձեր բողոքարկումն ավտոմատ կերպով կուղարկենք անկախ վերանայման կազմակերպության՝ **2-րդ մակարդակի բողոքարկման** համար:

ԲԱԺԻՆ 6.4 2-րդ մակարդակի Բողոքարկումների գործընթաց

Իրավական պայման

«Անկախ վերանայման կազմակերպության» պաշտոնական անվանումն է «**Անկախ վերանայման կազմակերպություն**»:
Երբեմն այն կոչվում է **IRE**:

Անկախ վերանայման կազմակերպությունն անկախ կազմակերպություն է, որին վարձում է Medicare-ը: Այս կազմակերպությունը մեզ հետ կապված չէ և պետական մարմին չէ: Այս կազմակերպությունը որոշում է՝ արդյոք մեր կողմից կայացրած որոշումը ճիշտ է, թե այն պետք է փոխվի: **Medicare-ը** վերահսկում է իր աշխատանքը:

Քայլ 1: Անկախ վերանայման կազմակերպությունը վերանայում է ձեր բողոքարկումը:

- Մենք կուղարկենք ձեր բողոքարկման մասին տեղեկությունն այս կազմակերպությանը: Այս տեղեկատվությունը կոչվում է **Գործի ֆայլ**: **Դուք իրավունք ունե՞ք մեզին խնդրել ձեր գործի պատճենը:**
- Դուք իրավունք ունե՞ք անկախ կազմակերպությանը սրամադրել լրացուցիչ տեղեկություններ՝ ձեր բողոքարկմանը աջակցելու համար:
- Անկախ վերանայման կազմակերպության վերանայողները ուշադիր կուսումնասիրեն ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:

Եթե 1-ին մակարդակում արագ բողոքարկում եք կատարել, ապա 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը նույնպես պետք է լինի արագ:

- Արագ բողոքարկման համար վերանայման կազմակերպությունը պետք է **2-րդ մակարդակի բողոքարկման պատասխան** ձեզ տա **72 ժամվա** ընթացքում՝ բողոքարկումը ստանալու պահից:
- Եթե ձեր հայտը վերաբերում է բժշկական սարքավորմանը կամ ծառայությանը, և անկախ վերանայման կազմակերպությունը պետք է հավաքի հավելյալ տեղեկատվություն, որը **կարող է ձեզ համար օգտակար լինել, ապա դա կարող է տևել ևս 14 օրացուցային օր**: Անկախ վերանայման կազմակերպությունը չի կարող լրացուցիչ ժամանակ պահանջել որոշում կայացնելու համար, եթե ձեր հայտը վերաբերում է Մաս **B**-ի դեղին:

Եթե 1-ին մակարդակում ստանդարտ բողոքարկում եք կատարել, ապա 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը ավտոմատ կերպով ստանդարտ կլինի:

- Ստանդարտ բողոքարկման դեպքում, եթե ձեր հայտը վերաբերում է բժշկական սարքավորմանը կամ ծառայությանը, վերանայման կազմակերպությունը պետք է պատասխան տա ձեր **2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը 30 օրացուցային օրերի ընթացքում՝** բողոքարկումը ստանալուց հետո:
- Եթե ձեր հայտը վերաբերում է Medicare Part B-ի դեղատոմսով տրվող դեղին, ապա վերանայման կազմակերպությունը պետք է պատասխան տա ձեր **2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը** այն ստանալուց հետո **7 օրացուցային օրերի ընթացքում:**

Քայլ 2: Անկախ վերանայման կազմակերպությունը պատասխանում է ձեզ:

Անկախ վերանայման կազմակերպությունը կհայտնի ձեզ իր որոշման մասին գրավոր ձևով և կբացատրի դրա պատճառները:

- **Եթե անկախ վերանայման կազմակերպությունը մասամբ կամ ամբողջությամբ հաստատում է բժշկական պարագային կամ ծառայությանը վերաբերող ձեր հարցումը,** մեկն պետք է թույլատրենք բուժապասարկման փոխհատուցման տրամադրումը **72 ժամվա** ընթացքում կամ պետք է մատուցենք ծառայությունը **14 օրացուցային օրվա** ընթացքում՝ ստանդարտ հարցումների վերաբերյալ վերանայման կազմակերպության որոշումը ստանալուց հետո: **Արագացված հարցումների համար** մեկն ունենք **72 ժամ՝** վերանայման կազմակերպությունից որոշումը ստանալու ամսաթվից:
- **Եթե անկախ վերանայման կազմակերպությունը մասամբ կամ ամբողջությամբ հաստատում է Medicare Part B դեղատոմսով տրվող դեղերին վերաբերող ձեր հարցումը,** մեկն պետք է թույլատրենք Մաս B-ի դեղատոմսով տրվող դեղերի համար փոխհատուցման տրամադրումը կամ տրամադրենք այն **72 ժամվա** ընթացքում՝ ստանդարտ հարցումների վերաբերյալ անկախ վերանայման կազմակերպության որոշումը ստանալուց հետո: **Արագացված հարցումների համար** մեկն ունենք **24 ժամ՝** վերանայման կազմակերպությունից որոշումը ստանալու ամսաթվից:
- **Եթե կազմակերպությունը մերժում է ձեր հայտը մասամբ կամ ամբողջությամբ,** ապա նշանակում է, որ այն համաձայն է, որ մեկն չպետք է հաստատենք հայտը (կամ դրա մի մասը) ձեր բուժապասարկման ապահովագրության համար: (Սա կոչվում է «**Որոշման հաստատում**») կամ «**Բողոքարկման մերժում**»): Այս դեպքում, անկախ վերանայման կազմակերպությունը ձեզ կաղարկի նամակ,
 - որը բացատրում է որոշումը:
 - Այն տեղեկացնում է ձեզ **3-րդ մակարդակի** բողոքարկման իրավունքի մասին, եթե ձեր հայտում նշված բուժապասարկման փոխհատուցման դրարով արտահայտված արժեքը համապատասխանում է որոշակի նվազագույնի: Անկախ վերանայման կազմակերպությունից ստացված գրավոր ծանուցումը ձեզ կհայտնի, դալարով ներկայացված գումարը, որին պետք է համապատասխանի հայտը՝ Բողոքարկումների գործընթացը շարունակելու համար:
 - Կհայտնի, թե ինչպես **3-րդ մակարդակի** բողոք ներկայացնել:

Քայլ 3: Եթե ձեր գործը համապատասխանում է պահանջներին, դուք եք ընտրում, թե արդյոք ցանկանում եք շարունակել ձեր բողոքարկումը:

- Բողոքարկումների **2-րդ մակարդակից** հետո կա բողոքարկումների գործընթացի ևս երեք լրացուցիչ մակարդակ (ընդհանուր բողոքարկման հինգ մակարդակ): Եթե ցանկանում եք ներկայացնել **3-րդ մակարդակի** բողոքարկում, դա անելու մանրամասները ներկայացված են գրավոր ծանուցման մեջ, որը ստանում եք **2-րդ մակարդակի** բողոքարկումից հետո:
- **3-րդ մակարդակի** բողոքարկումը վարում է Վարչական իրավունքի դատավորը կամ հավատարմագրված փաստաբանը: **10-րդ բաժինը** բացատրում է **3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակի** Բողոքարկումների գործընթացը:

ԲԱԺԻՆ 6.5 Ի՞նչ է տեղի ունենում, երբ խնդրում եք մեզ հատուցել բուժապասարկման համար ձեզ ներկայացված հաշիվի մեր փոխհատուցման մասնաբաժինը

Փոխհատուցման հայտը ապահովագրական ապահովագրության որոշման հայտ է:

Եթե մեզ ուղարկում եք փոխհատուցում հայցող փաստաթղթեր, դուք խնդրում եք ապահովագրության որոշում: Այս որոշումը կայացնելու համար մենք կստուգենք, թե արդյո՞ք ձեր կողմից վճարված բուժապասարկումը ապահովագրված է: Նաև կստուգենք, թե արդյո՞ք դուք հետևել եք բոլոր կանոններին՝ ձեր բուժապասարկման ապահովագրությունն օգտագործելու համար:

- Եթե բուժապասարկումն ապահովագրված է և դուք հետևել եք բոլոր կանոններին, որպես կանոն **30** օրացուցային օրերի ընթացքում ձեզ կուղարկենք ծախսերի մեր մասնաբաժնի վճարումը, սակայն ոչ ուշ, քան ձեր հայտը ստանալուց հետո **60** օրացուցային օր հետո: Եթե դուք չեք վճարել բուժապասարկման համար, մենք վճարումը կուղարկենք անմիջապես մատակարարին:
- **Եթե մերժենք ձեր հայտը.** եթե բուժապասարկումն ապահովագրված չէ կամ դուք չեք հետևել բոլոր կանոններին, մենք չենք ուղարկի վճարում: Փոխարենը, ձեզ կուղարկենք նամակ, որը կհայտնի բուժապասարկման դիմաց չվճարելու վերաբերյալ և կտրամադրի պատճառները:

Եթե համաձայն չեք մեր մերժման որոշման հետ, ապա **կարող եք բողոքարկել:** Բողոքարկել նշանակում է մեզ խնդրել փոխել ապահովագրության որոշումը, որը կայացրել ենք ձեր վճարման հայտը մերժելիս:

Այս բողոքարկումը ներկայացնելու համար հետևեք Բողոքարկումների գործընթացին, որը նկարագրված է 6.3 բաժնում: Փոխհատուցման վերաբերյալ բողոքարկումների համար խնդրում ենք ընդունել ի գիտություն, որ

- Մենք պետք է պատասխան սրամադրենք ձեր հայտը ստանալու պահից սկսած **60** օրացուցային օրերի ընթացքում: Եթե դիմել եք մեզ արդեն իսկ ստացած և վճարված բուժապասարկման փոխհատուցման համար, իրավունակ չեք խնդրել արագ բողոքարկում:
- Եթե անկախ վերանայման կազմակերպությունը որոշում է, որ մենք պետք է վճարենք, մենք պետք է ուղարկենք ձեզ կամ մատակարարին վճարումը **30** օրացուցային օրերի ընթացքում: Բողոքարկումների գործընթացի **2-րդ Մակարդակին** հաջորդող փուլերից որևէ մեկի ժամանակ ձեր բողոքարկումը դրական պատասխան տալու դեպքում մենք պարտավոր կլինենք փոխանցել պահանջվող գումարը ձեզ կամ առողջապահական ծառայություններ մատուցողին **60** օրացուցային օրերի ընթացքում:

ԲԱԺԻՆ 7 Մաս D-ի դեղեր. ինչպե՞ս դիմել ապահովագրության որոշման համար կամ բողոքարկել

ԲԱԺԻՆ 7.1 Այս բաժինը ներկայացնում է ձեզ, թե ինչ անել, եթե Մաս D կարգի դեղը ստանալու խնդիր ունեք կամ եթե ցանկանում եք, որ մենք փոխհատուցենք Մաս D դեղի համար կրած ծախսը

Ձեր նպատակները ներառում են բազմաթիվ դեղատոմսային դեղերի փոխհատուցում: Փոխհատուցվելու համար ձեր դեղը պետք է օգտագործվի բժշկական տեսանկյունից ընդունված նպատակով: (Տես **5-րդ** գլուխը, բժշկական ցուցումներով ընդունելի լինելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար): Մաս D դեղերի, կանոնների, սահմանափակումների և ծախսերի մասին մանրամասների համար տե՛ս **5-րդ** և **6-րդ** գլուխները: **Այս բաժինը վերաբերում է միայն ձեր Մաս D դեղերին:** Պարզության նպատակով, ընդհանուր առմամբ, այս բաժնի մնացած մասում ասում ենք *դեղ* ամեն անգամ *ապահովագրված ամբուլատոր դեղատոմսով դեղամիջոց* կամ *Մաս D* դեղ ասելու փոխարեն: Մենք նաև օգտագործում ենք «դեղացանկ» փոխհատուցվող դեղերի ցուցակի կամ ֆորմուլյարի փոխարեն:

- Եթե չգիտեք, թե արդյոք դեղն ապահովագրված է կամ եթե դուք համապատասխանում եք կանոններին, կարող եք հարցնել մեզ: Որոշ դեղերի դեպքում պահանջվում մեր նախնական հաստատում՝ նախքան դրանց փոխհատուցումը:
- Եթե դեղատուները տեղեկացնում է, որ տվյալ դեղատոմսով դեղը չի կարող տրամադրվել, ապա, ինչպես գրված է, դեղատուները գրավոր ծանուցում կուղարկվի, որը նկարագրում է, թե ինչպես կապվել մեզ հետ՝ փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու խնդրանքով:

Մաս D-ի ապահովագրության որոշումներ և բողոքարկումներ

Իրավական տերմիններ

Ձեր Մաս D դեղերի վերաբերյալ սկզբնական ապահովագրության որոշումը կոչվում է **Ապահովագրական որոշում**:

Ապահովագրության որոշումը որոշում է, որը մենք կայացնում ենք ձեր նպաստների և ապահովագրության կամ այն գումարի մասին, որը կփոխհատուցենք դեղերի համար: Այս բաժինը ներկայացնում է, թե ինչ կարող եք անել հետևյալ իրավիճակներում՝

- Պլանի ապահովագրված դեղերի ցուցակում չներառված Մաս D դեղը փոխհատուցելու հայտ: **Բացառության կիրառման հայտ: Բաժին 7.2.**
- **Բացառության կիրառման հայտ**՝ դեղի ապահովագրության պլանի սահմանափակումն անտեսելու հայտ (օրինակ՝ դեղի ֆանակի սահմանափակումները, որոնք կարող եք ստանալ): **Բաժին 7.2.**
- Դիմում՝ բարձր ծախսերի մասնաբաժնով մակարդակում ընդգրկված ապահովագրված դեղի համար ավելի ցածր ծախսերի մասնաբաժնի սահմանելու նպատակով **Բացառության կիրառման հայտ: Բաժին 7.2.**
- Դեղի նախնական հաստատման հայտ: **Ներկայացրե՛ք ծածկույթի որոշման հայտ: Բաժին 7.4.**
- Արդեն գնված դեղի փոխհատուցման հայտ: **Փոխհատուցման հայտ: Բաժին 7.4.**

Եթե համաձայն չեք փոխհատուցում տրամադրելու վերաբերյալ մեր կողմից կայացրած որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել այն:

Այս բաժինը նկարագրում է, թե ինչպես կարող եք փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում կայացնելու հայտ ներկայացնել, ինչպես նաև բողոքարկել այդ որոշումը:

ԲԱԺԻՆ 7.2 Բացառության կիրառման հայտ

Իրավական տերմիններ.

Դեղերի ցանկում չներառված դեղի փոխհատուցման հայտը երբեմն կոչվում է **դեղատոմսով բացառության**:

Ապահովագրված դեղերի ապահովագրական ծածկույթի սահմանափակման վերացման հայտը երբեմն կոչվում է **“դեղատոմսով բացառության”**:

Ապահովագրված ոչ նախընտրելի դեղամիջոցի համար ավելի ցածր գին վճարելու դիմումը երբեմն կոչվում է **«Մակարդակի բացառություն»**:

Եթե դեղը չի փոխհատուցվում ապահովագրությամբ այնպես, ինչպես ցանկանում եք, կարող եք խնդրել մեզ կիրառել **բացառություն**: Բացառությունը փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումների տեսակներից մեկն է:

Որպեսզի մենք դիտարկենք բացառության կիրառման ձեր հայտը, ձեր բժիշկը կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձը պետք է բացատրի թե ինչ բժշկական պատճառներով պետք է հաստատենք բացառության հայտը: Ստորև նշված է **3** բացառության օրինակ, որոնց համար կարող եք դիմել դուք կամ ձեր բժիշկը կամ նշանակող մեկ այլ անձ.

- 1. Ձեզ համար Մաս D դեղերի փոխհատուցում, որոնք ընդգրկված չեն մեր Դեղերի ցանկում:** Եթե մենք համաձայնում ենք ծածկել դեղ, որը ներառված չէ մեր դեղացանկում, ապա դուք պետք է վճարեք ծախսերի մասնաբաժինը, որը կիրառվում է մեր 4-րդ մակարդակի ոչ նախընտրելի դեղերի համար: Դուք չեք կարող խնդրել բացառություն՝ այդ դեղի համար սահմանված ծախսերի մասնաբաժնի նվազեցման վերաբերյալ:
- 2. Ապահովագրված դեղամիջոցի սահմանափակման վերացում:** 5-րդ Գլխում նկարագրվում են լրացուցիչ կանոններ կամ սահմանափակումներ, որոնք վերաբերում են մեր Դեղերի ցանկի որոշակի դեղերի նկատմամբ: Եթե մենք համաձայնում ենք բացառություն կատարել և վերացնել սահմանափակումը, ապա կարող եք նաև խնդրել բացառություն՝ այդ դեղի համար սահմանված ծախսերի մասնաբաժնի նվազեցման վերաբերյալ:
- 3. Դեղի ապահովագրական ծածկույթի տեղափոխում դեպի ավելի ցածր ծախսերի մասնաբաժնով մակարդակ:** Ապահովագրված դեղերի ցանկի յուրաքանչյուր դեղ բաժին է ընկնում ծախսերի բաշխման վեց (6) մակարդակներից մեկին: Ընդհանրապես, որքան ցածր է ծախսերի մասնաբաժնի մակարդակի համարը, այնքան փչչ է վճարում դեղի արժեքի ձեր մասնաբաժնի համար:
 - Եթե մեր դեղացանկում առկա են այլընտրանքային դեղ(եր)՝ ձեր առողջական վիճակ բուժման համար, որոնք դասակարգված են ավելի ցածր ծախսերի մասնաբաժնի մակարդակում, քան ձեր դեղը, կարող եք խնդրել, որ մենք ծածկենք ձեր դեղը(երը)՝ կիրառելով այդ այլընտրանքային դեղերի ծախսերի մասնաբաժնի չափը:
 - Եթե դուք օգտագործում եք ապրանքանիշային անվանումով դեղ, կարող եք խնդրել, որ մենք ծածկենք ձեր դեղը՝ կիրառելով ծախսերի մասնաբաժնի այն չափը, որը վերաբերում է այն անեմացած մակարդակին, որը ներառում է ապրանքանիշային այլընտրանքներ՝ ձեր վիճակի բուժման համար:
 - Եթե դուք օգտագործում եք ջեներիկ դեղ, կարող եք խնդրել, որ մենք ծածկենք ձեր դեղը՝ կիրառելով ծախսերի մասնաբաժնի այն չափը, որը վերաբերում է այն անեմացած մակարդակին, որը ներառում է թե՛ ապրանքանիշային, թե՛ ջեներիկ այլընտրանքներ՝ ձեր վիճակի բուժման համար:
 - Դուք չեք կարող խնդրել, որ մենք փոխենք որևէ դեղի ծախսերի մակարդակը, եթե այն դասակարգված է 5-րդ մակարդակում:
 - Եթե մենք հաստատում ենք ձեր մակարդակի բացառության հայտը, և կա մեկից ավելի ցածր ծախսերի բաշխման մակարդակ այլընտրանքային դեղերի հետ, որոնք չեք կարող ընդունել, սովորաբար վճարում եք նվազագույն գումարը:

ԲԱԺԻՆ 7.3 Բացառություն խնդրելիս, կարևոր է իմանալ

Ձեր բժիշկը պետք է մեզ տեղեկացնի բժշկական պատճառների մասին:

Ձեր բժիշկը կամ ռեանակումն անող մեկ այլ անձը պետք է բացառության պահանջը հիմնավորող բժշկական պատճառների մասին տեղեկություններ տրամադրի: Ավելի արագ որոշում կայացնելու համար ներառեք ձեր բժիշկից կամ այլ ռեանակողից ստացված բժշկական տեղեկատվությունը, երբ բացառություն եք խնդրում:

Մեր դեղերի ցանկում սովորաբար կոնկրետ հիվանդությունը բուժելու համար նախատեսված մեկից ավելի դեղ է պարունակվում: Այս տարբեր տարբերակները կոչվում են **այլընտրանքային** դեղեր: Եթե այլընտրանքային դեղամիջոցը կարող է լինել նույնքան արդյունավետ, որքան ձեր խնդրած դեղը և չի առաջացնի ավելի շատ կողմնակի ազդեցություններ կամ առողջական այլ խնդիրներ, մենք սովորաբար չենք հաստատի բացառության խնդրանքը: Եթե խնդրում եք ծախսերի մասնաբաժնի մակարդակի բացառություն, ապա, որպես կանոն, մենք չենք հաստատում ձեր հարցումը, եթե ավելի ցածր ծախսերի մակարդակ(ներ)ում առկա բոլոր այլընտրանքային դեղերը չեն համարվում անարդյունավետ կամ հավանական է, որ կպատճառեն անցանկալի ռեակցիա կամ այլ վնաս:

Մենք կարող ենք դրական կամ բացասական պատասխան տալ ձեր խնդրանքին:

- Եթե մենք հաստատենք ձեր բացառության հայտը, մեր հաստատումը սովորաբար ուժի մեջ է մինչև պլանի տարվա ավարտը: Այս պայմանը կիրառելի է այնքան ժամանակ, քանի դեռ ձեր բժիշկը ռեանակում է այդ դեղը ձեզ, և այնքան ժամանակ շարունակում է լինել ապահով և արդյունավետ ձեր վիճակի բուժման համար:

- Եթե մեկն մերժում ենք ձեր հայտը, վերանայում խնդրելու համար կարող եք բողոքարկել:

ԲԱԺԻՆ 7.4 Ինչպես ապահովագրության որոշման հայտ ներկայացնել, այդ թվում բացառության հայտ

Իրավական տերմիններ

«Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշումը» կոչվում է **Արագացված ապահովագրության վեբ**:

Քայլ 1. Որոշեք, թե արդյոք ձեզ հարկավոր է ապահովագրության ստանդարտ որոշում, թե՛ փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում:

Ստանդարտ ապահովագրության որոշումը կայացվում է **72 ժամվա** ընթացքում՝ ձեր բժշկի հաստատումը ստանալուց հետո: **Ապահովագրական ծածկույթի վերաբերյալ արագ որոշումները** կայացվում են **24 ժամվա** ընթացքում, երբ մեկն ստանում ենք ձեր բժշկի հայտարարությունը:

Խնդրեք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջում է դա:
Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում ստանալու համար պետք է բավարարեք հետևյալ 2 պահանջները.

- Պետք է խնդրեք մի դեղ, որը դեռ չեք ստացել: (Դուք չեք կարող խնդրել փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում դեղի համար, որի համար արդեն վճարել եք):
- Ստանդարտ ժամկետների օգտագործումը կարող է լուրջ վնաս հասցնել ձեր առողջությանը կամ վնասել ձեր գործունակությանը:
- **Եթե ձեր բժիշկը կամ այլ նշանակող անձ մեզ հայտնի, որ ձեր առողջական վիճակը պահանջում է փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում, մեկն ավտոմատ կերպով ձեզ կտրամադրենք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում:**
- **Եթե դուք ինֆուրյուն՝ առանց ձեր բժշկի կամ այլ նշանակողի հիմնավորման, խնդրեք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում, մեկն կորոշենք, թե արդյոք ձեր առողջությունը պահանջում է, որ մեկն ձեզ տրամադրենք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում:** Եթե չհաստատենք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշումը, ձեզ նամակ կուղարկենք, որը.
 - Կբացատրի, որ կիրառելու ենք ստանդարտ ժամկետներ:
 - Կբացատրի, որ եթե ձեր բժիշկը կամ այլ նշանակող խնդրի փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում, մեկն ավտոմատ կերպով ձեզ կտրամադրենք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում:
 - Հայտնում է ձեզ, թե ինչպես կարող եք ներկայացնել «Արագ բողոք»՝ մեր կողմից փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշման փոխարեն ստանդարտ Ապահովագրության որոշում կայացնելու համար: Մենք կպատասխանենք ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո **24 ժամվա** ընթացքում:

Քայլ 2. Ներկայացրեք ապահովագրության ստանդարտ որոշման կամ փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշման հայտ:

- Սկսեք զանգահարելով, գրելով կամ ֆաքս ուղարկելով մեր պլանին, որպեսզի մեկն ձեզ թույլ տանք ստանալ փոխհատուցում ձեր նախընտրած բուժապասարկման համար: Դուք նաև կարող եք հետևել ապահովագրության որոշման գործընթացին մեր կայքում: Մենք պետք է ընդունենք ցանկացած գրավոր հարցում, ներառյալ՝ ներկայացված *CMS մոդելային ապահովագրական որոշման հայցի* ձևաթղթով հարցումը, որը հասանելի է մեր կայքում՝ centralhealthplan.com: Գլուխ 2-ը պարունակում է կոնտակտային տվյալներ: Ձեր հարցումը մշակելու հարցում մեզ օգնելու համար, համոզվեք որ ներառել եք ձեր անունը, կոնտակտային տվյալները և այն տեղեկությունները, որոնք հաստատում են բողոքարկման հայտը:

Դուք, ձեր բժիշկը (կամ այլ նշանակող անձ) կամ ձեր ներկայացուցիչը կարող եք դա անել: Դուք կարող եք նաև փաստաբան վարձել՝ Ձեր անունից հանդես գալու համար: Այս գլխիկի 4-րդ բաժինը նկարագրում է, թե ինչպես կարող եք այլ անձի գրավոր լիզարել ձեզ ներկայացնել:

- **Եթե դուք հայցում եք բացառություն, տրամադրեք հիմնավորող հայտարարություն**, որը բացառության հայցի բժշկական պատճառն է: Ձեր բժիշկը կամ այլ նշանակող կարող է ֆախսով կամ փոստով ուղարկել հայտարարությունը մեզ: Կամ ձեր բժիշկը կամ այլ նշանակողը կարող է մեզ հեռախոսով հայտնել և այնուհետ անհրաժեշտության դեպքում ֆախսով կամ փոստով ուղարկել հայտարարությունը:

Քաղ 3. Մենք դիտարկում ենք ձեր հայտը և պատասխանում:

Փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում կայացնելու վերջնաժամկետը

- Հնդիանրապես, մենք պետք է պատասխան տրամադրենք ձեր հայտը ստանալու պահից սկսած **24 ժամվա** ընթացքում:
 - Բացառության հայցերի դեպքում, կպատասխանենք ձեր բժշկի հիմնավորող հայտարարությունը ստանալուց հետո **24 ժամվա** ընթացքում: Մենք կպատասխանենք ձեզ ավելի վաղ, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջի:
 - Եթե չպահպանենք այս վերջնաժամկետը, պարտավոր ենք ձեր հայցն ուղարկել Բողոքարկումների գործընթացի 2-րդ մակարդակ՝ Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից վերանայման համար:
- **Եթե մասամբ կամ ամբողջությամբ հաստատում ենք ձեր հայտը**, ապա պետք է թույլատրենք կամ տրամադրենք փոխհատուցում, որը մենք համաձայնվել ենք տրամադրել ձեր հայտը կամբժշկի հիմնավորող հայտարարությունը ստանալուց հետո **24 ժամվա** ընթացքում:
- **Եթե մասամբ կամ ամբողջությամբ մերժում ենք ձեր հայտը**, մենք ձեզ կուղարկենք գրավոր հայտարարություն, որը կբացատրի մերժման պատճառը: Նաև կհայտնենք, թե ինչպես բողոքարկել:

Ձեր կողմից չստացված դեղի փոխհատուցման վերաբերյալ ստանդարտ ժամկետներում կայացվող որոշման վերջնաժամկետ

- Հնդիանրապես, մենք պետք է պատասխան տրամադրենք ձեր հայտը ստանալու պահից սկսած **72 ժամվա** ընթացքում:
 - Բացառության հայցերի դեպքում, կպատասխանենք ձեր բժշկի հիմնավորող հայտարարությունը ստանալուց հետո **72 ժամվա** ընթացքում: Մենք կպատասխանենք ձեզ ավելի վաղ, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջի:
 - Եթե չպահպանենք այս վերջնաժամկետը, պարտավոր ենք ձեր հայցն ուղարկել Բողոքարկումների գործընթացի 2-րդ մակարդակ՝ Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից վերանայման համար:
- **Եթե մասամբ կամ ամբողջությամբ հաստատում ենք ձեր հայտը**, ապա պետք է տրամադրենք փոխհատուցում, որը համաձայնել ենք տրամադրել՝ ձեր հայտը կամ բժշկի հիմնավորող հայտարարությունը ստանալուց հետո **72 ժամվա** ընթացքում:
- **Եթե մասամբ կամ ամբողջությամբ մերժում ենք ձեր հայտը**, մենք ձեզ կուղարկենք գրավոր հայտարարություն, որը կբացատրի մերժման պատճառը: Նաև կհայտնենք, թե ինչպես բողոքարկել:

Ձեր կողմից արդեն գնված դեղի փոխհատուցման վերաբերյալ ստանդարտ ժամկետներում կայացվող որոշման վերջնաժամկետ

- Մենք պետք է պատասխան տրամադրենք ձեր հայցը ստանալու պահից սկսած **14 օրացուցային օրերի** ընթացքում:
 - Եթե չպահպանենք այս վերջնաժամկետը, պարտավոր ենք ձեր հայցն ուղարկել Բողոքարկումների գործընթացի 2-րդ մակարդակ՝ Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից վերանայման համար:
- **Եթե մասամբ կամ ամբողջությամբ հաստատում ենք ձեր հայտը**, մենք նաև պարտավոր ենք ձեզ վճարել ձեր հայտը ստանալուց պահից **14 օրացուցային օրերի** ընթացքում:
- **Եթե մասամբ կամ ամբողջությամբ մերժում ենք ձեր հայտը**, մենք ձեզ կուղարկենք գրավոր հայտարարություն, որը կբացատրի մերժման պատճառը: Նաև կհայտնենք, թե ինչպես բողոքարկել:

Քալ 4. Եթե մենք մերժենք բացառության ձեր հայտը, կարող եք բողոքարկել:

- Եթե մենք մերժենք բուժխնամքի ձեր հայտը, դուք իրավասու եք խնդրել մեզ վերանայել այս որոշումը բողոքարկման միջոցով: Դա նշանակում է կրկին խնդրել փոխհատուցել ձեր ուզած դեղի համար: Բողոքարկում ներկայացնելը նշանակում է, որ դուք անցնում եք բողոքարկումների գործընթացի 1-ին մակարդակ:

ԲԱԺԻՆ 7.5 Ինչպես 1-ին մակարդակի բողոք ներկայացնել

Իրավական տերմիններ

Մաս D-ի դեղերի ապահովագրական ծածկույթի որոշման վերաբերյալ պլանին ներկայացվող բողոքարկումը կոչվում է պլանի Վերասահմանում:

Արագ բողոքարկումը կոչվում է նաև «**Արագացված վերասահմանում**»:

Քալ 1. Որոշեք, թե արդյոք ձեզ հարկավոր է ապահովագրության ստանդարտ բողոքարկում, թե՛ արագ բողոքարկում:

Ստանդարտ բողոքարկումը սովորաբար տևում է 7 օրացուցային օր: Արագ բողոքարկումը սովորաբար տևում է 72 ժամ: Եթե ձեր առողջությունը պահանջում է, ապա խնդրեք արագ բողոքարկում:

- Եթե բողոքարկում եք մեր կողմից՝ դեռևս չստացած դեղի ապահովագրման վերաբերյալ մեր կայացրած որոշումը, դուք և/կամ ձեր բժիշկը կամ այլ նշանակող անձը պետք է որոշի, թե արդյոք ցանկանում եք արագ բողոքարկում:
- Արագ բողոքարկում ստանալու պահանջները նույնն են, ինչ սույն Գլխի 7.4 Բաժինը սահմանում է փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշման պահանջները:

Քալ 2. Դուք, ձեր ներկայացուցիչը, բժիշկը կամ այլ նշանակողը պետք է Կապ հաստատեք մեզ հետ և ներկայացնեք 1-ին մակարդակի բողոքարկումը: Եթե ձեր առողջությունը պահանջում է արագ պատասխան, ապա պետք է խնդրեք արագ բողոքարկում:

- **Ստանդարտ բողոքարկում ներկայացնելու համար անհրաժեշտ է ներկայացնել գրավոր հայտ:** Գլխի 2-ը պարունակում է կոնտակտային տվյալներ:
- **Արագ բողոքարկումների համար կա՛մ ներկայացրեք ձեր բողոքը գրավոր կամ զանգահարեք մեզ՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով:** Գլխի 2-ը պարունակում է կոնտակտային տվյալներ:
- **Մենք պետք է ընդունենք ցանկացած գրավոր հարցում,** ներառյալ ներկայացված CMS մոդելի Վերասահմանման որոշման հայցի ձևաթղթով հարցումը, որը հասանելի է մեր SWHNY.com կայքում: Հանգրվեք, որ տրամադրել եք ձեր անունը, կոնտակտային տվյալները և ձեր հայցի վերաբերյալ տեղեկատվությունը, որը կաջակցի մեզ ձեր հայտը մշակելու հարցում:
- **Դուք պետք է ներկայացնեք ձեր բողոքարկումը 65 օրացուցային օրերի ընթացքում՝** հաշվարկված ապահովագրության որոշման հայտի մեր պատասխանը ներկայացնող գրավոր ծանուցման նամակը ստանալու ամսաթվից: Այդ վերջնաժամկետը բաց թողնելու դեպքում, եթե այն բաց թողնելու հարգելի պատճառ ունեք, բողոքարկումը ներկայացնելիս բացատրեք, թե ինչու է ձեր բողոքարկումն ուժ ներկայացվել: Մենք կարող ենք ձեզ լրացուցիչ ժամանակ տրամադրել՝ ձեր բողոքարկումը ներկայացնելու համար: Հարգելի պատճառի օրինակներ են՝ լուրջ հիվանդությունը, որը թույլ չի տալիս ձեզ մեզ հետ կապ հաստատել կամ եթե մենք ձեզ սխալ կամ թերի տեղեկատվություն ենք տրամադրել բողոքարկման վերջնաժամկետի մասին:
- **Դուք կարող եք պահանջել ձեր բողոքարկման ներառված տեղեկությունների պատճենը և տրամադրել լրացուցիչ տեղեկություններ:** Դուք և ձեր բժիշկը կարող եք նաև հավելել լրացուցիչ տեղեկություններ՝ ձեր բողոքարկմանն աջակցելու համար:

Քաղ 3. Մենք դիտարկում ենք ձեր բողոքը և կտրամադրենք մեր պատասխանը:

- Ձեր բողոքարկումն ուսումնասիրելիս, վերանայում ենք ձեր հայտը ևս մեկ անգամ մանրակրկիտ ուսումնասիրում ենք փոխհատուցման վերաբերյալ հայցի հետ առնչվող բոլոր տեղեկությունները: Մենք ստուգում ենք, համոզվելու համար, որ հետևել ենք բոլոր կանոններին, երբ մերժել ենք ձեր հայտը:
- Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար մենք կարող ենք դիմել ձեզ, ձեր բժշկին կամ նշանակումն անող մեկ այլ անձի:

Արագ բողոքարկման վերջնաժամկետները

- Արագ բողոքարկումների դեպքում մենք պետք է ձեզ պատասխանենք ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո **72 ժամվա ընթացքում**: Մենք կպատասխանենք ձեզ ավելի վաղ, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջի:
 - Եթե չենք պատասխանում 72 ժամվա ընթացքում, պարտավոր ենք ձեր հայցն ուղարկել Բողոքարկումների գործընթացի 2-րդ մակարդակ՝ Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից վերանայման համար: Բաժին 7.6.-ը բացատրում է 2-րդ մակարդակի Բողոքարկումների գործընթացը:
- **Եթե մասամբ կամ ամբողջությամբ հաստատում ենք ձեր հայտը**, ապա պետք է թույլատրենք կամ տրամադրենք փոխհատուցում, որը մենք համաձայնվել ենք տրամադրել ձեր հայտը ստանալուց հետո **72 ժամվա ընթացքում**:
- **Եթե մերժենք ձեր հայտը մասամբ կամ ամբողջությամբ**, մենք ձեզ կուղարկենք գրավոր հայտարարություն, որը կբացատրի մերժման պատճառը և ինչպես կարող եք բողոքարկել:

Ձեր կողմից դեռևս չստացված դեղի փոխհատուցման վերաբերյալ ստանդարտ բողոքարկման վերջնաժամկետները

- Ստանդարտ բողոքարկումների դեպքում մենք պետք է ձեզ պատասխանենք ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո **7 օրացուցային օրերի ընթացքում**: Մենք ավելի շուտ կտրամադրենք մեր որոշումը, եթե չե՞ք ստացել դեղը, և ձեր առողջական վիճակը պահանջում է դա:
 - Եթե չենք տրամադրում որոշում 7 օրացուցային օրերի ընթացքում, պարտավոր ենք ձեր հայցն ուղարկել Բողոքարկումների գործընթացի 2-րդ մակարդակ՝ Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից վերանայման համար: Բաժին 7.6.-ը բացատրում է 2-րդ մակարդակի Բողոքարկումների գործընթացը:
- **Եթե մասամբ կամ ամբողջությամբ հաստատում ենք ձեր հայտը**, ապա պետք է ապահովենք փոխհատուցում այնքան արագ, որքան պահանջում է ձեր առողջությունը, սակայն ոչ ուշ քան ձեր հայտը ստանալուց հետո **7 օրացուցային օրերի** ընթացքում:
- **Եթե մերժենք ձեր հայտը մասամբ կամ ամբողջությամբ**, մենք ձեզ կուղարկենք գրավոր հայտարարություն, որը կբացատրի մերժման պատճառը և ինչպես կարող եք բողոքարկել:
- Մենք պետք է պատասխան տրամադրենք ձեր հայցը ստանալու պահից սկսած **14 օրացուցային օրերի** ընթացքում:
 - Եթե չենք կարողանում պահպանել սահմանված ժամկետը, ապա պարտավոր ենք ձեր հարցումը փոխանցել բողոքարկումների գործընթացի 2-րդ մակարդակ, որտեղ այն կվերանայվի անկախ վերանայող կազմակերպության կողմից:
- **Եթե մասամբ կամ ամբողջությամբ հաստատում ենք ձեր հայտը**, մենք նաև պարտավոր ենք ձեզ վճարել ձեր հայտը ստանալուց պահից **30 օրացուցային օրերի** ընթացքում:
- **Եթե մասամբ կամ ամբողջությամբ մերժում ենք ձեր հայտը**, մենք ձեզ կուղարկենք գրավոր հայտարարություն, որը կբացատրի մերժման պատճառը: Նաև կհայտնենք, թե ինչպես բողոքարկել:

Քաղ 4. Ձեր բողոքը մերժելու դեպքում, դուք եք որոշում, թե արդյոք ցանկանում եք շարունակել Բողոքարկումների գործընթացը և ներկայացնել մեկ այլ բողոքարկում:

- Եթե որոշեք մեկ այլ բողոքարկում ներկայացնել, դա կհեռանալի, որ սկսում եք 2-ին մակարդակի Բողոքարկումների գործընթաց:

ԲԱԺԻՆ 7.6 Ինչպես 2-րդ մակարդակի բողոք ներկայացնել

Իրավական տերմիններ

Անկախ վերանայման կազմակերպության պաշտոնական անվանումն է **Անկախ վերանայման կազմակերպություն**: Երբեմն այն կոչվում է **IRE**:

Անկախ վերանայման կազմակերպությունն անկախ կազմակերպություն է, որին վարձում է Medicare-ը: Այս կազմակերպությունը մեզ հետ կապված չէ և պետական մարմին չէ: Այս կազմակերպությունը որոշում է՝ արդյոք մեր կողմից կայացրած որոշումը ճիշտ է, թե այն պետք է փոխվի: **Medicare-ը** վերահսկում է իր աշխատանքը:

Քաղ 1. Դուք (կամ ձեր ներկայացուցիչը կամ ձեր բժիշկը կամ այլ նշանակող) պետք է կապ հաստատեք անկախ վերանայման կազմակերպության հետ և խնդրեք վերանայել ձեր գործը:

- Եթե մերժեմք ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը, ձեզ ուղարկված գրավոր ծանուցումը կներառի **ցուցումներ այն մասին, թե ինչպես կարելի է 2-րդ մակարդակի բողոքարկում** ներկայացնել Անկախ վերանայման կազմակերպությանը: Ցուցումները կբացատրեն, թե ով կայող է այդ 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել, ինչ ժամկետների պետք է հետևել և ինչպես կապ հաստատել կազմակերպության հետ:
- **Դուք պետք է ներկայացնեք ձեր բողոքի դիմումը 65 օրացուցային օրվա ընթացքում՝** գրավոր ծանուցումը ամսաթվից սկսած:
- Եթե, այնուամենայնիվ, մենք չավարտենք մեր վերանայումը կիրառելի ժամկետում կամ անբարենպաստ որոշում կայացնենք դեղերի կառավարման մեր պլանի շրջանակներում **ռիսկայնության** որոշման վերաբերյալ, մենք ավտոմատ կերպով կփոխանցենք ձեր հայտը **IRE-ին**:
- Մենք կուղարկենք ձեր բողոքարկման մասին տեղեկությունն այս կազմակերպությանը: Այս տեղեկատվությունը կոչվում է **Գործի ֆայլ: Դուք իրավունք ունեք մեզին խնդրել ձեր գործի պատճենը**:
- Դուք իրավունք ունեք անկախ կազմակերպությանը արամադրել լրացուցիչ տեղեկություններ՝ ձեր բողոքարկմանը աջակցելու համար:

Քաղ 2. Անկախ վերանայման կազմակերպությունը վերանայում է ձեր բողոքարկումը:

Անկախ վերանայման կազմակերպության վերանայողները ուսուցիչ կուսումնասիրեն ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:

Արագ բողոքարկման վերջնաժամկետները

- Անկախ վերանայման կազմակերպությանը դիմեք արագ բողոքարկման խնդրանքով, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջում է դա:
- Եթե կազմակերպությունը համաձայնում է արամադրել արագ բողոքարկում, ապա պարտավոր է պատասխանել ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը՝ այն ստանալուց հետո **72 ժամվա** ընթացքում:

Ստանդարտ բողոքարկման վերջնաժամկետները

- Ստանդարտ բողոքարկումների համար վերանայման կազմակերպությունը պետք է պատասխանի ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը **7 օրացուցային օրերի ընթացքում՝** ձեր բողոքարկումը ստանալու պահից հետո, սակայն եթե այն դեղի համար չէ, որը դեռևս չեք ստացել: Եթե ձեր հայտը վերաբերում է այնպիսի դեղի փոխհատուցման, որն արդեն գնել եք, ապա վերանայման կազմակերպությունը պետք է պատասխանի ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանն այն ստանալուց հետո **14 օրացուցային օրերի ընթացքում:**

Քայլ 3. Անկախ վերանայման կազմակերպությունը պատասխանում է ձեզ:

Արագ բողոքարկման համար.

- Եթե անկախ վերանայող կազմակերպությունը **անբողջությամբ կամ մասամբ դրական պատասխան է տալիս ձեր պահանջին**, ապա մենք պարտավոր ենք տրամադրել վերանայող կազմակերպության կողմից հաստատված դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթը՝ այդ որոշումը ստանալուց հետո **24 ժամվա** ընթացքում:

Ստանդարտ բողոքարկման համար.

- Եթե անկախ վերանայման կազմակերպությունը հաստատում է ձեր հայտը մասամբ կամ անբողջությամբ, մենք պետք է տրամադրենք վերանայման կազմակերպության կողմից հաստատված դեղի դեղի փոխհատուցումը, **72 ժամվա ընթացքում:**
- Եթե անկախ վերանայման կազմակերպությունը հաստատում է ձեր հայտը մասամբ կամ անբողջությամբ՝ փոխհատուցելու արդեն գնված դեղի արժեքը, մենք պարտավոր ենք վճարումը կատարել **30 օրացուցային օրվա ընթացքում՝** որոշումը ստանալուց հետո:

Ի՞նչ կպատահի, եթե կազմակերպությունը հաստատի ձեր բողոքարկումը:

Եթե կազմակերպությունը մերժում է ձեր բողոքարկումը մասամբ կամ անբողջությամբ, ապա դա նշանակում է, որ այն համաձայն է, որ մենք չպետք է հաստատենք հայտը (կամ դրա մի մասը) ձեր բուժապատրվման փոխհատուցման համար: (Սա կոչվում է որոշումն ուժի մեջ թողնել: Սա նաև կոչվում է **բողոքարկումը մերժել**): Այս դեպքում, անկախ վերանայման կազմակերպությունը ձեզ կուղարկի նամակ,

- որը բացատրում է որոշումը:
- Այն տեղեկացնում է ձեզ **3-րդ** մակարդակի բողոքարկման իրավունքի մասին, եթե ձեր հայտն ուժեղացված դեղերի ծածկույթի դադարով արտահայտված արժեքը համապատասխանում է որոշակի նվազագույնի: Եթե ձեր խնդրած դեղերի փոխհատուցման դադարով արտահայտված արժեքը չափազանց ցածր է, դուք չեք կարող մեկ այլ բողոք ներկայացնել, և **2-րդ** մակարդակի որոշումը վերջնական է:
- Ձեզ հայտնում է դադարով արտահայտված այն արժեքը, որը պետք է լինի վիճարկման առարկա, Բողոքարկումների գործընթացը շարունակելու իրավունակության համար:

Քայլ 4. Եթե ձեր գործը համապատասխանում է պահանջներին, դուք եք ընտրում, թե արդյոք ցանկանում եք շարունակել ձեր բողոքարկումը:

- Բողոքարկումների **2-րդ** մակարդակից հետո կա բողոքարկումների գործընթացի ևս **3** լրացուցիչ մակարդակ (ընդհանուր բողոքարկման **5** մակարդակ):
- Եթե ցանկանում եք անցնել **3-րդ** մակարդակի բողոքարկման, ապա դրա վերաբերյալ մանրամասները կներկայացվեն այն գրավոր ծանուցման մեջ, որը կստանաք **2-րդ** մակարդակի որոշումից հետո:
- **3-րդ** մակարդակի բողոքարկումը վարում է Վարչական իրավունքի դատավորը կամ հավատարմագրված փաստաբանը: Սույն Գլխիկի **10-րդ** բաժինը բացատրում է **3-րդ, 4-րդ և 5-րդ** մակարդակի Բողոքարկումների գործընթացը:

ԲԱԺԻՆ 8 Ինչպես դիմել մեզ՝ ավելի երկար հիվանդանոցում մնալը փոխհատուցելու համար, եթե կարծում եք, որ ձեզ շատ շուտ են դուրս գրում

Հուսովատալացումից հետո իրավունք ունե՞ք օգտվել բուժքննության այն ապահովագրված հիվանդանոցային ծառայություններից, որոնք անհրաժեշտ են ձեր հիվանդությունը կամ վնասվածքը ախտորոշելու և բուժելու համար:

Փոխհատուցվող հիվանդանոցային կեցության ընթացքում ձեր բժիշկը և հիվանդանոցի աշխատակիցները ձեզ կնախապատրաստեն հիվանդանոցից դուրսգրմանը: Նրանք նաև կօգնեն կազմակերպել ձեր հետևիվանդանոցային բուժօգնությունը:

- Հիվանդանոցից դուրս գրվելու օրը կոչվում է **«դուրսգրման օր»**:
- Երբ որոշվում է ձեր դուրսգրման օրը, ձեր բժիշկը կամ հիվանդանոցի անձնակազմը կստեղծակցեն ձեզ:
- Եթե կարծում եք, որ ձեզ խնդրում են շատ շուտ լքել հիվանդանոցը, կարող եք դիմել ավելի երկար հիվանդանոցում մնալու համար, և ձեր դիմումը կքննարկվի:

ԲԱԺԻՆ 8.1 Հիվանդանոցում ստացիոնար բուժում ստանալուց հետո Medicare-ից կստանա՞ք ձեր իրավունքները ներկայացնող գրավոր ծանուցում

Հիվանդանոց ստացիոնար խնամքի ընդունումից հետո **2** օրացուցային օրերի ընթացքում ձեզ կտրամադրվի գրավոր ծանուցում, որը կոչվում է **Medicare-ի կարևոր հաղորդագրություն ձեր իրավունքների մասին: Medicare** ունեցող բուժքննությունները ստանում են այս հաղորդագրության պատճենը: Եթե չեք ստացել այդ ծանուցումը հիվանդանոցում որևէ մեկի կողմից (օրինակ՝ գործի կառավարիչ կամ բուժույթ), խնդրե՛ք հիվանդանոցի որևէ աշխատակցի այն տրամադրել: Եթե ձեզ օգնություն է անհրաժեշտ, զանգահարե՛ք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711) կամ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով):

- 1. Ուշադիր կարդացե՛ք այդ ծանուցումը և հարցեր ավել, եթե ինչ-որ բան հասկանալի չէ:** Դրանում տեղեկատվություն է տրամադրվում հետևյալի մասին.
 - Ձեր բժշկի կողմից նշանակված **Medicare-ով** փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալու ձեր իրավունքները՝ հասանելի հիվանդանոցում ստացիոնար բուժման ընթացքում և հետո: Սա ներառում է իրավունքը լինել տեղեկացված այն մասին, թե որոնք են այդ ծառայությունները, ով է վճարելու դրանց համար, և որտեղ կարող եք ստանալ դրանք:
 - Ձեր իրավունքը մասնակցելու ձեր հիվանդանոցային բուժօգնության վերաբերյալ ցանկացած որոշման:
 - Որտեղ գեղուցել ձեր ցանկացած մտահոգության մասին ձեր ստացիոնար հիվանդանոցային բուժօգնության որակի վերաբերյալ:
 - Ձեր իրավունքն է **պահանջել հրատապ վերանայել** որոշումը, եթե կարծում եք, որ ձեզ չափազանց շուտ են դուրս գրում հիվանդանոցից: Սա պաշտոնական, օրինական միջոց է, որի միջոցով պահանջում եք հետաձգել դուրսգրման օրը, որպեսզի մենք շարունակենք փոխհատուցել ավելի երկարատև հիվանդանոցային բուժօգնությունը:
- 2. Ձեզ կխնդրեն ստորագրել գրավոր ծանուցում՝ հաստատելու համար, որ ստացել եք այն և հասկանում եք ձեր իրավունքները:**
 - Դուք կամ ձեր անունից գործող որևէ անձ պետք է ստորագրի ծանուցումը:
 - Ծանուցումը ստորագրելը *միայն* ցույց է տալիս, որ ստացել եք ձեր իրավունքների մասին տեղեկատվությունը: Ծանուցումը չի տրամադրում ձեր դուրսգրման օրը: Ծանուցումը ստորագրելը **չի նշանակում, որ** դուք համաձայն եք դուրսգրման օրվա հետ:
- 3. Պահպանե՛ք ծանուցման ձեր պատճենը**, որ ունենաք բողոքարկման մասին տեղեկատվությունը (կամ բուժապատրիման որակի վերաբերյալ մտահոգության հայտնելու համար), եթե դրա կարիքը լինի:
 - Եթե ստորագրում եք ծանուցումը ձեր դուրսգրման օրվանից ավելի քան **2** օրացուցային օր առաջ, ձեզ կտրամադրվի ևս մեկ օրինակ, նախքան դուրսգրումը:

- Այս ծանուցման օրինակը նախապես դիտելու համար գանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 711) կամ 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227): TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք նաև ծանուցումը ստանալ առցանց՝ www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im կայքում:

ԲԱԺԻՆ 8.2 Ինչպես ներկայացնել 1-ին մակարդակի բողոք՝ հիվանդանոցից դուրսգրման օրը փոխելու համար

Եթե ցանկանում եք, որ մենք փոխհատուցենք ձեր ստացվող հիվանդանոցային ծառայությունները ավելի երկար ժամանակով, օգտագործեք բողոքարկումների գործընթացը՝ այդ հարցումը ներկայացնելու համար: Նախքան սկսելը, հասկացեք, թե ինչ պետք է անել և ինչ ժամկետներում:

- **Հետևեք գործընթացին:**
- **Պահպանեք վերջնաժամկետները:**
- **Անհրաժեշտության դեպքում դիմեք օգնության:** Զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները՝ 711) լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար: Կամ գանգահարեք ձեր Բժշկական ապահովագրության աջակցման նահանգային ծրագիր (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)՝ կառավարական կազմակերպություն, որը տրամադրում է անհատականացված օգնություն:
Ventura վարչաբաժան. Ventura County Area Agency on Aging Ventura վարչաբաժան՝
(805) 477-7310: SHIP-ի կոնտակտային տվյալները հասանելի են Գլուխ 2, Բաժին 3-ում:

1-ին մակարդակի բողոքարկման ընթացքում Որակի բարելավման կազմակերպությունը վերանայում է ձեր բողոքարկումը: Այն ստուգում է, թե արդյոք ձեր պլանավորված դուրսգրման օրը բժշկական տեսանկյունից հարմար է ձեզ համար: **Որակի բարելավման կազմակերպությունը բժիշկների** և առողջապահության ոլորտի այլ փորձագետների խումբ է, որոնց վճարում է դաճանյին կառավարությունը՝ Medicare ունեցող անձանց մատուցվող բուժօգնության որակը ստուգելու և բարելավելու նպատակով: Սա ներառում է Medicare ունեցող անձանց հիվանդանոցից դուրս գրվելու ամսաթվերի վերանայումը: Այդ փորձագետները մեր պլանի աշխատող չեն հանդիսանում:

Քաղ 1. Դիմեք ձեր նահանգի Որակի բարելավման կազմակերպությանը և խնդրեք հրատապ վերանայել ձեր հիվանդանոցից դուրսգրումը: Պետք է արագ գործեք:

Ինչպե՞ս կարող եմ կապ հաստատել այս կազմակերպության հետ:

- Զեր ստացած գրավոր ծանուցումը (*Ձեր իրավունքների մասին Medicare-ից կարևոր հաղորդագրություն*) հայտնում է ձեզ, թե ինչպես կապ հաստատել այս կազմակերպության հետ: Կամ ձեր նահանգի Որակի բարելավման կազմակերպության անունը, հասցեն և հեռախոսահամարը նշված են 2-րդ գլխում:

Արագ գործեք:

- Զեր բողոքարկումը ներկայացնելու համար պետք է դիմեք Որակի բարելավման կազմակերպությանը *նախքան* դուրս գրվելը հիվանդանոցից և **ոչ ուշ, քան ձեր դուրսգրման օրը՝ կեսգիշերից հետո:**
 - Եթե գործեք մինչև այս վերջնաժամկետը, կարող եք մնալ հիվանդանոցում ձեր դուրսգրման օրվանից *հետո*՝ առանց *դրա համար վճարելու* մինչև սպասում եք որակի բարելավման կազմակերպության որոշմանը:
 - **Եթե դուք չեք գործում մինչև այս վերջնաժամկետը, ապա կապ հաստատեք մեզ հետ:** Եթե որոշում եք մնալ հիվանդանոցում ձեր պլանավորված դուրսգրման օրվանից հետո, *գուցե ստիպված լինեք ծածկել բոլոր ծախսերը*, հիվանդանոցային բուժօգնության համար, որոնք ստանում եք ձեր պլանավորված դուրսգրման օրվանից հետո:

- Երբ խնդրեք հիվանդանոցից դուրսգրման օրվա հրատապ վերանայում, Որակի բարելավման կազմակերպությունը ձեզ հետ կապ կհաստատի: Մեզ հետ կապ հաստատելու օրվա կեսօրից ուշ, մենք ձեզ կտրամադրենք **Դուրսգրման մանրամասն ծանուցումը**: Այս ծանուցումը տալիս է ձեր պլանավորված դուրսգրման օրը և մանրամասնորեն բացատրում է այն պատճառները, թե ինչու է ձեր բժիշկը, հիվանդանոցը, և մենք կարծում, որ դա ճիշտ է (բժշկական ցուցումներին համաձայն), որ դուրս գրվեք այդ օրը:
- Դուք կարող եք ստանալ **Դուրսգրման մանրամասն ծանուցման** օրինակ՝ զանգահարելով Անդամների Սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711) կամ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով): Կամ կարող եք ծանուցման օրինակ ստանալ առցանց՝ www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im կայքից:

Քաղ 2. Որակի բարելավման կազմակերպությունը անցկացնում է ձեր գործի անկախ վերանայումը:

- Որակի բարելավման կազմակերպության (վերանայողների) առողջապահական մասնագետները կհարցնեն ձեզ (կամ ձեր ներկայացուցչին), թե ինչու եք կարծում, որ ծառայությունների փոփոխությունը պետք է շարունակվի: Դուք պարտավոր չեք որևէ գրավոր նյութ պատրաստել, բայց կարող եք դա անել, եթե ցանկանում եք:
- Վերանայողները նաև կդիտարկեն բժշկական տեղեկությունները, կարուցեն ձեր բժշկի հետ և կվերանայեն այն տեղեկատվությունը, որը նրանց տվել է հիվանդանոցը կամ մենք:
- Վերանայողների կողմից բողոքարկման մասին տեղեկանալուց հետո՝ մինչև հաջորդ օրվա կեսօրը, դուք մեզանից կստանա՞ք գրավոր ծանուցում, որը կտրամադրի ձեր պլանավորված դուրսգրման օրը: Այս ծանուցումը նաև մանրամասնորեն բացատրում է այն պատճառները, թե ինչու է ձեր բժիշկը, հիվանդանոցը, և մենք կարծում, որ դա ճիշտ է (բժշկական ցուցումներին համաձայն), որ դուրս գրվեք այդ օրը:

Քաղ 3. Որակի բարելավման կազմակերպությունը ձեր բողոքարկման պատասխանը տալիս է իրեն անհրաժեշտ բոլոր տեղեկությունները ստանալուց հետո մեկ լրիվ օրվա ընթացքում:

Ի՞նչ է տեղի ունենում, երբ հաստատում է ձեր հայտը:

- Եթե վերանայման կազմակերպությունը *հաստատում է ձեր հայտը*, մենք պետք է շարունակենք ապահովել ձեր հիվանդանոցային ծառայություններն այնքան ժամանակ, քանի դեռ այդ ծառայությունները բժշկական առումով ցուցված են:
- Դուք պետք է վճարեք ծախսերի ձեր մասնաբաժինը (օրինակ՝ չհատուցվող վճարը կամ համավճարները, եթե կիրառելի է): Բացի այդ, կարող են լինել սահմանափակումներ ձեր հիվանդանոցային ծառայությունների համար:

Ի՞նչ է տեղի ունենում, երբ մերժում է ձեր հայտը:

- Եթե վերանայման կազմակերպությունը *մերժում է*, դա նշանակում է, որ նրանք ասում են, որ ձեր պլանավորված դուրսգրման օրը բժշկական առումով ցուցված չէ: Եթե դա տեղի է ունենում, **ձեր ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայությունների մեր ապահովագրությունն ավարտվում է** Որակի բարելավման կազմակերպության կողմից ձեր բողոքարկման վերաբերյալ տրված պատասխանին հաջորդող օրվա կեսօրին:
- Եթե անկախ վերանայման կազմակերպությունը տալիս է *բացասական պատասխան* ձեր բողոքարկմանը, և դուք որոշում եք մնալ հիվանդանոցում, **հնարավոր է վճարեք հիվանդանոցային բուժօգնության ամբողջ արժեքը՝** սկսած այն օրվա կեսօրից, որը հաջորդում է Որակի բարելավման կազմակերպության կողմից ձեր բողոքին տրված պատասխանի օրվան:

Քաղ 4. Եթե ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը մերժվում է, դուք եք որոշում, թե արդյոք ցանկանում եք այլ բողոք ներկայացնել:

- Եթե որակի բարելավման կազմակերպությունը ձեր բողոքը *մերժում է* և դուք ձեր պլանավորված դուրսգրման օրվանից հետո մնում եք հիվանդանոցում, ապա կարող եք այլ բողոք ներկայացնել: Բողոքարկումը նշանակում է, որ սկսում եք **2-րդ մակարդակի** Բողոքարկումների գործընթաց:

ԲԱԺԻՆ 8.3 Ինչպես ներկայացնել 2-րդ մակարդակի բողոք՝ հիվանդանոցից դուրսգրման օրը փոխելու համար

2-րդ մակարդակի բողոքարկման ընթացքում կարող եք դիմել Որակի բարելավման կազմակերպության, որպեսզի նրանք ևս մեկ անգամ ուսումնասիրեն առաջին մակարդակի բողոքարկման որոշումը: Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը հրաժարվում է ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումից, գուցե ստիպված լինեք ծածկել ձեր դուրսգրման օրվանից հետո հիվանդանոցում մնալու ամբողջ ծախսը:

Քաղ 1: Կրկին դիմեք Որակի բարելավման կազմակերպություն և խնդրեք ևս մեկ այլ վերանայում:

- Այս վերանայումն անհրաժեշտ է հայցել **60 օրացուցային օրերի ընթացքում՝** սկսած այն օրվանից, երբ Որակի բարելավման կազմակերպությունը *մերժել է* ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը: Այս վերանայումը կարող եք հայցել միայն այն դեպքում, եթե մնացել է հիվանդանոցում բուժօգնության համար տրամադրվող փոխհատուցման դադարեցման ամսաթվից հետո:

Քաղ 2: Որակի բարելավման կազմակերպությունը կիրականացնի ձեր բողոքարկման երկրորդ վերանայումը:

- Որակի բարելավման կազմակերպության վերանայողները ևս մեկ անգամ ուշադիր կուսումնասիրեն ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:

Քաղ 3: Ձեր՝ 2-րդ մակարդակի բողոքարկման հայտը ստանալու օրվանից 14 օրացուցային օրերի ընթացքում, վերանայողները որոշում կկայացնեն ձեր բողոքարկման վերաբերյալ և կհայտնեն ձեզ իրենց որոշման մասին:

Եթե վերանայման կազմակերպությունը հաստատում է ձեր հայտը.

- **Մենք պետք է փոխհատուցենք ձեզ** հիվանդանոցային բուժօգնության ծախսերի մեր բաժինը, որը դուք ստացել եք Որակի բարելավման կազմակերպության կողմից ձեր առաջին բողոքարկումը մերժվելուց հաջորդ օրվա կեսօրից ի վեր: **Մենք պարտավոր ենք շարունակել փոխհատուցել Ստացիոնար հիվանդանոցային բուժօգնությունն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք անհրաժեշտ են բժշկական ցուցումներից ելնելով:**
- Դուք պետք է շարունակեք վճարել ծախսերի ձեր մասնաբաժինը և կարող եք կիրառվել ծածկույթի սահմանափակումներ:

Եթե վերանայման կազմակերպությունը մերժում է.

- Դա նշանակում է, որ նրանք համաձայնվում են 1-ին մակարդակում բողոքարկման որոշման հետ:
- Ձեր ստացած ծանուցումը ձեզ կհայտնի, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել վերանայման գործընթացը:

Քաղ 4: Եթե մերժում եք ստանում, դուք պետք է որոշեք, թե արդյոք ցանկանում եք շարունակել ձեր բողոքարկումն՝ անցնելով 3-րդ մակարդակի բողոքարկման:

- Բողոքարկումների 2-րդ մակարդակից հետո կա բողոքարկումների գործընթացի ևս 3 լրացուցիչ մակարդակ (ընդհանուր բողոքարկման 5 մակարդակ): Եթե ցանկանում եք ներկայացնել 3-րդ մակարդակի բողոքարկում, դա անելու մանրամասները ներկայացված են գրավոր ծանուցման մեջ, որը ստանում եք 2-րդ մակարդակի բողոքարկման որոշումից հետո:

- 3-րդ մակարդակի բողոքարկումը վարում է Վարչական իրավունքի դատավորը կամ հավատարմագրված փաստաբանը: Սույն Գլխիկ 10-րդ բաժինն ավելի մանրամասն բացատրում է 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակի բողոքարկումների գործընթացը:

ԲԱԺԻՆ 9 Ինչպես խնդրել մեզ որոշակի բժշկական ծառայությունների ապահովագրությունը շարունակելու համար, եթե կարծում եք, որ ձեր ապահովագրությունը շատ շուտ է ավարտվում:

Երբ ստանում եք **Տնային բուժսպասարկում ծառայությունների, որակավորված բուժֆույրական խնամքի կամ վերականգնողական խնամքի փոխհատուցում (բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատություն)**, դուք իրավունք ունեք պահպանել ձեր ծառայություններն այդ տեսակի խնամքի համար այնքան ժամանակ, որքան խնամքն անհրաժեշտ է ձեր հիվանդությունը կամ վնասվածքն ավստրոստելու և բուժելու համար:

Երբ մենք որոշում ենք, որ ժամանակն է դադարեցնել ձեզ հասանելի խնամքի 3 տեսակներից որևէ մեկի փոխհատուցումը, մենք պարտավոր ենք ձեզ նախապես ծանուցել: Երբ խնամքի մասով ձեր ապահովագրված փոխհատուցումն ավարտվում է, մենք դադարում ենք վճարել ձեր խնամքի ծախսերի մեր մասնաբաժինը:

Եթե կարծում եք, որ բուժսպասարկման ապահովագրական ծածկույթն ավարտվում է շատ վաղ, **ապա կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:** Այս բաժինը նկարագրում է, թե ինչպես բողոքարկում կատարել:

ԲԱԺԻՆ 9.1 Մենք նախապես ձեզ կտեղեկացնենք, թե երբ է ավարտվում ձեր ապահովագրությունը

Իրավական պայման.

Medicare-ի ապահովագրության բացակայության ծանուցում: Այն հայտնում է ձեզ, թե ինչպես կարող եք ներկայացնել **արագացված բողոքարկում:** Արագացված բողոքարկում ներկայացնելը պաշտոնական և օրինական միջոց է, որով խնդրում եք փոխել ծածկույթի մեր որոշումը ձեր խնամքի դադարեցման ժամկետի վերաբերյալ:

1. **Դուք ստանում եք գրավոր ծանուցում** մեր պլանի կողմից ձեր խնամքի փոխհատուցման նախատեսվող դադարեցման ամսաթվից առնվազն երկու օրացուցային օր առաջ: Ծանուցումը ձեզ հայտնում է՝
 - Այն օրը, որից սկսած դադարելու է ձեր խնամքի փոխհատուցումը:
 - Ինչպե՞ս ներկայացնել արագացված բողոքարկում, խնդրելով մեր կողմից ավելի երկարատև ձեր խնամքը փոխհատուցելու համար:
2. **Դուք կամ ձեր անունից գործող որևէ անձ, պետք է ստորագրի գրավոր ծանուցումը, որը հաստատում է, որ ստացել եք այն:** Ծանուցումը ստորագրելը *միայն* ցույց է տալիս, որ ստացել եք ձեր ապահովագրության դադարի վերաբերյալ տեղեկատվությունը: **Ստորագրելը չի նշանակում, որ դուք համաձայն եք** պլանի՝ խնամքը դադարեցնելու որոշման հետ:

ԲԱԺԻՆ 9.2 Ինչպես ներկայացնել 1-ին մակարդակի բողոք, որպեսզի մեր ծրագիրն ավելի երկարատև փոխհատուցի ձեզ խնամքը

Եթե ցանկանում եք խնդրել, որ ձեր խնամքը փոխհատուցենք ավելի երկար ժամանակ, ապա ձեզ հարկավոր է օգտագործել բողոքարկումների գործընթացն այս հայտը ներկայացնելու համար: Նախօրինակ, հասկացե՛ք, թե ինչ պետք է անել և ինչ ժամկետներում:

- **Հետևեք գործընթացին:**
- **Պահպանեք վերջնաժամկետները:**
- **Անհրաժեշտության դեպքում դիմեք օգնության:** Զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները՝ 711) լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար: Կամ գանգահարեք ձեր Բժշկական ապահովագրության աջակցման նահանգային ծրագիր (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)՝ կառավարական կազմակերպություն, որը տրամադրում է անհատականացված օգնություն:
Ventura վարչապետության Ventura County Area Agency on Aging Ventura վարչապետության՝
(805) 477-7310: SHIP-ի կոնտակտային տվյալները հասանելի են Գլուխ 2, Բաժին 3-ում:

1-ին մակարդակի բողոքարկման ընթացքում Որակի բարելավման կազմակերպությունը վերանայում է ձեր բողոքարկումը: Այն որոշում է, թե արդյոք ձեր բուժապասարկման ավարտի ամսաթիվը բժշկական ցուցումներով համապատասխան է: **Որակի բարելավման կազմակերպությունը** բժիշկների և առողջապահության ոլորտի այլ փորձագետների խումբ է, որոնց վճարում է դաճնային կառավարությունը՝ **Medicare** ունեցող անձանց մատուցվող բուժապասարկման որակը ստուգելու և բարելավելու նպատակով: Սա ներառում է բուժապասարկման որոշակի տեսակների փոխհատուցման դադարեցման մասին պլանի որոշումների վերանայում: Այդ փորձագետները մեր պլանի աշխատող չեն հանդիսանում:

Քաղ 1. Ներկայացրեք ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը՝ դիմելով Որակի բարելավման կազմակերպությանը և խնդրեք արագ ընթացքով բողոքարկում: Պետք է արագ գործեք:

Ինչպե՞ս կարող եմ կապ հաստատել այս կազմակերպության հետ:

- Զեր ստացած գրավոր ծանուցումը (*Medicare-ի ապահովագրության բացակայության ծանուցում*) հայտնում է ձեզ, թե ինչպես կապ հաստատել այս կազմակերպության հետ: (Կամ ձեր նահանգի Որակի բարելավման կազմակերպության անունը, հասցեն և հեռախոսահամարը նշված են 2-րդ գլխում):

Արագ գործեք:

- Դուք պետք է դիմեք Որակի բարելավման կազմակերպությանը, որպեսզի սկսեք ձեր բողոքարկումը մինչև մեր կողմից ուղարկված **Medicare-ի ապահովագրության մերժման ծանուցման** ուժի մեջ մտնելու օրվան նախորդող օրվա կեսօրը:
- Եթե չեք հասցրել կատարել բողոքարկումը սահմանված ժամկետում և ցանկանում եք ներկայացնել բողոքարկում, դուք դեռևս ունեք բողոքարկման իրավունք: Կապ հաստատեք Որակի բարելավման կազմակերպության հետ՝ օգտագործելով «Medicare-ի ապահովագրության մերժման ծանուցման» մեջ նշված կոնտակտային տվյալները: Կարող եք նաև գտնել ձեր նահանգի Որակի բարելավման կազմակերպության անվանումը, հասցեն և հեռախոսահամարը Գլուխ 2-ում:

Քաղ 2. Որակի բարելավման կազմակերպությունը անցկացնում է ձեր գործի անկախ վերանայումը:

Իրավական պայման.

Medicare-ի փոխհատուցման բացակայության մանրամասն բացատրություններ: Ծանուցում, որը մանրամասն ներկայացնում է, թե ինչու է փոխհատուցումն ավարտվում:

Ի՞նչ է տեղի ունենում այս վերանայման ժամանակ:

- Որակի բարելավման կազմակերպության (վերանայողների) առողջապահական մասնագետները կհարցնեն ձեզ կամ ձեր ներկայացուցչին, թե ինչու եք կարծում, որ ծառայությունների փոխհատուցումը պետք է շարունակվի: Դուք պարտավոր չեք որևէ գրավոր նյութ պատրաստել, բայց կարող եք դա անել, եթե ցանկանում եք:
- Վերանայող կազմակերպությունը նաև կդիտարկեն բժշկական տեղեկությունները, կդրուցեն ձեր բժշկի հետ և կվերանայեն այն տեղեկատվությունը, որը նրանց տվել է մեր պլանը:

- Մինչև օրվա վերջ, վերանայողները մեզ կհայտնեն ձեր բողոքարկման մասին, մենք ձեզ կտրամադրենք *փոխհատուցման բացակայության մանրամասն բացատրություն*, որը մանրամասնորեն բացատրում է ձեր ծառայությունների համար մեր փոխհատուցման դադարեցման պատճառները:

Քաղ 3. Վերանայողներն՝ ամբողջ անհրաժեշտ տեղեկությունները ստանալուց հետո, մեկ օրվա ընթացքում, ձեզ կհայտնեն իրենց որոշման մասին:

Ի՞նչ է տեղի ունենում, երբ վերանայողները հաստատում են ձեր բողոքարկումը:

- Եթե վերանայողները հաստատում են ձեր բողոքարկումը, ապա մենք **պետք է շարունակենք տրամադրել ձեզ փոխհատուցվող ծառայություններն այնքան ժամանակ, որքան դա անհրաժեշտ է բժշկական ցուցումներից ելնելով:**
- Դուք պետք է վճարեք ծախսերի ձեր մասնաբաժինը (օրինակ՝ չհատուցվող վնարը կամ համավճարները, եթե կիրառելի է): Կարող եմ կիրառվել սահմանափակումներ ձեր փոխհատուցվող ծառայությունների համար:

Ի՞նչ է տեղի ունենում, երբ վերանայողները մերժում են ձեր բողոքարկումը:

- Եթե վերանայողները *մերժում են* ձեր բողոքարկումը, ապա **փոխհատուցումը կդադարի ձեզ ասված ամսաթվին:**
- Եթե դուք որոշում եք պահել տնային բուժապասարկման, կամ որակավորված բուժօրհարկի խնամքի հաստատության խնամքի, կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայություններն այն այդ օրվանից հետո, երբ ձեր ապահովագրական փոխհատուցումն ավարտվում է, **դուք ստիպված կլինեք վճարել** այս խնամքի ամբողջ արժեքը:

Քաղ 4. Եթե ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը մերժվում է, դուք եք որոշում, թե արդյոք ցանկանում եք այլ բողոք ներկայացնել:

- Եթե վերանայողները *մերժում են* ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը, **և** դուք ընտրում եք շարունակել ստանալ խնամք ձեր խնամքի համար ապահովագրական փոխհատուցման ավարտից հետո, կարող եք ներկայացնել 2-րդ մակարդակի բողոքարկում:

ԲԱԺԻՆ 9.3 Ինչպես ներկայացնել 2-րդ մակարդակի բողոք, որպեսզի մեր պլանն ավելի երկարատև փոխհատուցի ձեզ խնամքը

2-րդ մակարդակի բողոքարկման ընթացքում կարող եք դիմել Որակի բարելավման կազմակերպության, որպեսզի նրանք ևս մեկ անգամ ուսումնասիրեն առաջին մակարդակի բողոքարկման որոշումը: Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը մերժում է ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը, գուցե ստիպված լինեք կրել ձեր տնային բուժապասարկման կամ որակավորված բուժօրհարկի խնամքի հաստատության խնամքի կամ բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունների ամբողջ ծախսը *այն օրվանից հետո*, երբ հայտնել եմք, որ ձեր ապահովագրությունը կդադարի:

Քաղ 1: Կրկին դիմեք Որակի բարելավման կազմակերպություն և խնդրեք ևս մեկ այլ վերանայում:

- Այս վերանայումն անհրաժեշտ է հայցել **60 օրացուցային օրերի ընթացքում՝** սկսած այն օրվանից, երբ Որակի բարելավման կազմակերպությունը *մերժել է* ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը: Այս վերանայումը կարող եք հայցել միայն այն դեպքում, եթե շարունակել եք բուժապասարկման ծառայությունների ստացումը դրանց ապահովագրության ժամկետի ավարտից հետո:

Քաղ 2: Որակի բարելավման կազմակերպությունը կիրականացնի ձեր բողոքարկման երկրորդ վերանայումը:

- Որակի բարելավման կազմակերպության վերանայողները ևս մեկ անգամ ուշադիր կուսումնասիրեն ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:

Քաղ 3: Ձեր՝ բողոքարկման հայտը ստանալու օրվանից **14** օրացուցային օրերի ընթացքում, վերանայողները որոշում կկայացնեն ձեր բողոքարկման վերաբերյալ և կհայտնեն ձեզ իրենց որոշման մասին:

Ինչ է տեղի ունենում, երբ վերանայման կազմակերպությունը հաստատում է ձեր հայտը

- **Մենք պարտավոր կլինենք ձեզ փոխհատուցել** ծախսերի մեր մասնաբաժինը բուժապասարկման այն ծառայությունների համար, որոնք ձեզ մատուցվել են փոխհատուցման տրամադրումը դադարեցնելու մասին ձեզ տեղեկացնելու անսարվից հետո: **Մենք պարտավոր կլինենք** շարունակել առողջապահական ծառայությունների համար փոխհատուցման տրամադրումն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:
- Դուք պետք է շարունակեք վճարել ծախսերի ձեր մասնաբաժինը և կարող եք կիրառվել ծածկույթի սահմանափակումներ:

Ինչ է տեղի ունենում, երբ վերանայման կազմակերպությունը մերժում է ձեր հայտը

- Դա նշանակում է, որ նրանք համաձայնվում են 1-ին մակարդակում բողոքարկման որոշման հետ:
- Ձեր ստացած ծանուցումը ձեզ կհայտնի, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել վերանայման գործընթացը: Այն ձեզ կհայտնի մանրամասն տեղեկություններ, թե ինչպես շարունակել դեպի բողոքարկման հաջորդ մակարդակը, որը վարում է Վարչական իրավունքի դատավոր կամ հավատարմագրված փաստաբան:

Քաղ 4: Եթե մերժում եք ստանում, դուք պետք է որոշեք, թե արդյոք ցանկանում եք շարունակել ձեր բողոքարկումը:

- Բողոքարկումների 2-րդ մակարդակից հետո կա բողոքարկումների ևս 3 լրացուցիչ մակարդակ, ընդհանուր բողոքարկման 5 մակարդակ: Եթե ցանկանում եք շարունակել և ներկայացնել 3-րդ մակարդակի բողոքարկում, դա անելու մանրամասները ներկայացված են գրավոր ծանուցման մեջ, որը ստանում եք 2-րդ մակարդակի բողոքարկման որոշումից հետո:
- 3-րդ մակարդակի բողոքարկումը վարում է Վարչական իրավունքի դատավորը կամ հավատարմագրված փաստաբանը: Սույն Գլխի 10-րդ բաժինն ավելի մանրամասն բացատրում է 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակի Բողոքարկումների գործընթացը:

ԲԱԺԻՆ 10 Ինչպես ձեր բողոքարկումը ներկայացնել 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակներում

ԲԱԺԻՆ 10.1 Բողոքարկման 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակներ՝ Medical-ի ծառայության համար

Այս բաժինը կարող է օգտակար լինել, եթե կատարել եք 1-ին և 2-րդ մակարդակի բողոքարկում, և ձեր երկու բողոքարկումները մերժվել են:

Եթե պարագայի կամ բուժօժանության դադարով արտահայտված արժեքը, որի համար բողոքարկել եք, համապատասխանում է որոշակի նվազագույն մակարդակի, ապա կարող եք անցնել բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակների: Եթե դադարով արտահայտված գումարն ավելի ցածր է, քան նվազագույն մակարդակը, չեք կարող շարունակել բողոքարկումը: 2-րդ մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ ձեր ստացված նամակը բացատրում է, թե ինչ անել 3-րդ մակարդակի բողոքարկում խնդրելու համար:

Բողոքարկման հետ կապված իրավիճակների մեծ մասում վերջին 3 մակարդակները գործում են գրեթե նույն կերպ, ինչպես առաջին 2 մակարդակները: Ահա, թե ինչպես են ընթանում բողոքարկումներն այդ մակարդակներից յուրաքանչյուրի դեպքում.

3-րդ մակարդակի բողոքարկում՝ Վարչական իրավունքի դատավորը կամ հավատարմագրված փաստաբանը, ով աշխատում է Դաշնային կառավարության համար, կվերանայի ձեր բողոքարկումը և կպատասխանի ձեզ:

- Եթե վարչական գործերով դատավորը կամ հավատարմագրված փաստաբանը դրական պատասխան է տալիս կամ մերժում է վերանայման խնդրանքը, Բողոքարկումների գործընթացը կարող է ավարտված համարվել կամ չհամարվել: Ի տարբերություն 2-րդ մակարդակի բողոքարկման որոշման, մենք իրավունք ունենք բողոքարկել

3-րդ մակարդակի որոշումը, որը բարենպաստ է ձեզ համար: Եթե որոշեմք բողոքարկել, այն կտեղափոխվի **4-րդ մակարդակի բողոքարկման**:

- Եթե որոշեմք *չբողոքարկել* որոշումը, ապա պետք է լիազորեմք կամ տրամադրեմք ձեզ բուժապաստարկումը՝ Վարչական իրավունքի դատավորի կամ հավատարմագրված փաստաբանի որոշումը ստանալուց հետո **60** օրացուցային օրերի ընթացքում:
- Եթե որոշեմք բողոքարկել որոշումը, ձեզ կուղարկեմք **4-րդ մակարդակի բողոքարկման** հայտի պատճենը՝ ուղեկցող փաստաթղթերով: Մենք կարող ենք սպասել **4-րդ մակարդակի բողոքարկման** որոշմանը՝ նախքան վիճելի բուժապաստարկումը լիազորելը կամ տրամադրելը:
- **Եթե վարչական գործերով դատավորը կամ հավատարմագրված փաստաբանը բացասական պատասխան է տալիս կամ մերժում է վերանայման խնդրանքը, Բողոքարկումների գործընթացը կարող է ավարտված համարվել կամ չհամարվել:**
 - Եթե որոշեմք ընդունել այս որոշման մերժումը, ապա Բողոքարկումների գործընթացն ավարտված կհամարվի:
 - Եթե չեմք ցանկանում ընդունել որոշումը, կարող եմ շարունակել Բողոքարկումների գործընթացը հաջորդ մակարդակում: Ձեր ստացած ծանուցումը ձեզ կասի, թե ինչ անել **4-րդ մակարդակի բողոքարկման** համար:

4-րդ մակարդակի բողոքարկում՝ Medicare-ի Բողոքարկման խորհուրդը (այսուհետ՝ խորհուրդ) կվերանայի ձեր բողոքարկումը և կպատասխանի ձեզ: Խորհուրդը դաժնային կառավարության մասն է կազմում:

- **Եթե պատասխանը այո է, կամ եթե խորհուրդը մերժում է ձեր օգտին ընդունված 3-րդ մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ մեր հայտը, Բողոքարկումների գործընթացը կարող է ավարտվել կամ չի կարող ավարտվել:** Ի տարբերություն **2-րդ մակարդակի** որոշման, մենք իրավունք ունեմք բողոքարկել **4-րդ մակարդակի** որոշումը, որը նպաստավոր է ձեզ համար: Մենք ենք որոշում, թե արդյոք այս որոշումը բողոքարկելու ենք **5-րդ մակարդակում**:
 - Եթե որոշեմք *չբողոքարկել* որոշումը, պետք է լիազորեմք կամ տրամադրեմք ձեզ բուժապաստարկումը՝ խորհրդի որոշումը ստանալուց հետո **60** օրացուցային օրերի ընթացքում:
 - Եթե որոշեմք բողոքարկել որոշումը, ձեզ գրավոր կհայտնեմք:
- **Եթե պատասխանը ոչ է, կամ եթե խորհուրդը մերժում է վերանայման հայտը, Բողոքարկումների գործընթացը կարող է ավարտվել կամ չի կարող ավարտվել:**
 - Եթե որոշեմք ընդունել այս որոշման մերժումը, ապա Բողոքարկումների գործընթացն ավարտված կհամարվի:
 - Եթե չեմք ցանկանում ընդունել որոշումը, կարող եմ շարունակել Բողոքարկումների գործընթացը հաջորդ մակարդակում: Եթե խորհուրդը մերժում է բողոքարկումը է, ձեք ստացած ծանուցումը կհայտնի, թե արդյոք կանոնները թույլ են տալիս շարունակել **5-րդ մակարդակի բողոքարկումը** և ինչպես շարունակել **5-րդ մակարդակի բողոքարկումը**:

5-րդ մակարդակի բողոքարկում՝ Դաժնային Երջանային դատարանի դատավորը կհենի ձեր բողոքը:

- Դատավորը կվերանայի բոլոր տեղեկությունները և որոշում կկայացնի ձեր հայտը *հաստատելու* կամ *մերժելու* վերաբերյալ: Սա վերջնական պատասխան է: Դաժնային Երջանային դատարանից ավելի բարձր բողոքարկման առյաններ չկան:

ԲԱԺԻՆ 10.2 Բողոքարկման 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակները՝ Մաս D-ի դեղերի հայտերի համար

Այս բաժինը կարող է օգտակար լինել, եթե կատարել եմ **1-ին** և **2-րդ մակարդակի բողոքարկում**, և ձեր երկու բողոքարկումները մերժվել են:

Եթե դեղամիջոցի արժեքը, որի համար բողոքարկել եք համապատասխանում է որոշակի դոլարային գումարի չափին, ապա կարող եք անցնել բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակներին: Եթե դոլարով արտահայտված գումարն ավելի ցածր է, դուք չեք կարող շարունակել բողոքարկումը: **2-րդ մակարդակի** բողոքարկման վերաբերյալ ձեր ստացված նամակը բացատրում է, թե ինչպես **3-րդ մակարդակի** բողոքարկում ներկայացնել:

Բողոքարկման հետ կապված իրավիճակների մեծ մասում վերջին **3** մակարդակները գործում են գրեթե նույն կերպ, ինչպես առաջին **2** մակարդակները: Ահա, թե ինչպես են ընթանում բողոքարկումներն այդ մակարդակներից յուրաքանչյուրի դեպքում.

3-րդ մակարդակի բողոքարկում՝ Վարչական իրավունքի դատավորը կամ հավատարմագրված փաստաբանն, ով աշխատում է Դաշնային կառավարության համար, կվերանայի ձեր բողոքարկումը և կպատասխանի ձեզ:

- **Եթե հաստատում ստանաք, ապա Բողոքարկումների գործընթացն ավարտված է:** Մենք պետք է թույլատրենք կամ տրամադրենք դեղերի ծածկույթ այն դեղերի համար, որոնք հաստատվել են Վարչական իրավունքի դատավորի կամ հավատարմագրված փաստաբանի կողմից **72 ժամվա ընթացքում (24 ժամվա ընթացքում՝ արագացված բողոքարկման դեպքում)** կամ վճարում կատարենք ոչ ուժ, քան որոշումը ստանալուց հետո **30 օրացուցային օրվա ընթացքում:**
- **Եթե վարչական գործերով դատավորը կամ հավատարմագրված փաստաբանը բացասական պատասխան է տալիս կամ մերժում է վերանայման խնդրանքը, Բողոքարկումների գործընթացը կարող է ավարտված համարվել կամ չհամարվել:**
 - Եթե որոշեք ընդունել այս որոշման մերժումը, ապա Բողոքարկումների գործընթացն ավարտված կհամարվի:
 - Եթե չեք ցանկանում ընդունել որոշումը, կարող եք շարունակել Բողոքարկումների գործընթացը հաջորդ մակարդակում: Ձեր ստացած ծանուցումը ձեզ կազի, թե ինչ անել **4-րդ մակարդակի** բողոքարկման համար:

4-րդ մակարդակի բողոքարկում Medicare-ի Բողոքարկման խորհուրդը (այսուհետ՝ խորհուրդ) կվերանայի ձեր բողոքարկումը և կպատասխանի ձեզ: Խորհուրդը դաշնային կառավարության մասն է կազմում:

- **Եթե հաստատում ստանաք, ապա Բողոքարկումների գործընթացն ավարտված է:** Մենք պետք է թույլատրենք կամ տրամադրենք դեղերի ապահովագրական ծածկույթ, այն դեղերի համար, որոնք հաստատվել են խորհրդի կողմից **72 ժամվա ընթացքում (կամ 24 ժամվա ընթացքում՝ արագացված բողոքարկման դեպքում)** կամ վճարում կատարենք ոչ ուժ, քան որոշումը ստանալուց հետո **30 օրացուցային օրերի ընթացքում:**
- **Եթե պատասխանը ոչ է, կամ եթե խորհուրդը մերժում է վերանայման հայտը, Բողոքարկումների գործընթացը կարող է ավարտվել կամ չի կարող ավարտվել:**
 - Եթե որոշեք ընդունել այս որոշման մերժումը, ապա Բողոքարկումների գործընթացն ավարտված կհամարվի:
 - Եթե չեք ցանկանում ընդունել որոշումը, կարող եք շարունակել Բողոքարկումների գործընթացը հաջորդ մակարդակում: Եթե խորհուրդը մերժում է բողոքարկումը է, ձեր ստացած ծանուցումը կհայտնի, թե արդյոք կանոնները թույլ են տալիս շարունակել **5-րդ մակարդակի** բողոքարկումը և ինչպես շարունակել **5-րդ մակարդակի** բողոքարկումը:

5-րդ մակարդակի բողոքարկում՝ Դաշնային շրջանային դատարանի դատավորը կհենի ձեր բողոքը:

- Դատավորը կվերանայի բոլոր տեղեկությունները և որոշում կկայացնի ձեր հայտը *հաստատելու* կամ *մերժելու* վերաբերյալ: Սա վերջնական պատասխան է: Դաշնային շրջանային դատարանից ավելի բարձր բողոքարկման աստիճաններ չկան:

Բողոքների ներկայացում

ԲԱԺԻՆ 11 Ինչպես բողոքարկել բուժապասարկման որակը, սպասման ժամանակը, հաճախորդների սպասարկումը և այլ մտահոգություններ

ԲԱԺԻՆ 11.1 Ի՞նչ խնդիրներ են լուծվում Բողոքարկումների գործընթացի շրջանակում:

Բողոքելու գործընթացն օգտագործվում է միայն որոշ տեսակի խնդիրների համար: Սա ներառում է բուժապասարկման որակի, սպասման տևողության և հաճախորդների սպասարկման հետ կապված խնդիրները: Ստորև, որպես օրինակ, բերված են խնդիրների որոշ տեսակներ, որոնք լուծվում են բողոքների ներկայացման գործընթացի միջոցով:

Գանգատ	Օրինակ
Ձեր բուժապասարկման որակը	<ul style="list-style-type: none"> Դժգոհ եք ձեր ստացած բուժապասարկման որակից (այդ թվում՝ հիվանդանոցում ստացած խնամք)
Ձեր գաղտնիության պաշտպանում	<ul style="list-style-type: none"> Ինչ-որ մեկը չի հարգել ձեր գաղտնիության իրավունքը կամ բացահայտել է գաղտնի տեղեկատվություն:
Անհարգալից վերաբերմունք, հաճախորդների վատ սպասարկում կամ այլ բացասական վարձագիծ	<ul style="list-style-type: none"> Որևէ անձ կոպիտ կամ անհարգալից է վարվել ձեզ հետ: Դուք դժգոհ եք Անդամների սպասարկման ծառայություններից: Արդյո՞ք գտնում եք, որ ձեզ դրդում են դադարեցնել ձեր անդամակցությունը պլանին:
Սպասելաժամանակ	<ul style="list-style-type: none"> Դժվարանում եք բժշկի այց ամրագրել կամ սպասելաժամանակը մինչև այցը շատ երկար է: Արդյո՞ք բժիշկները, դեղագործները և այլ բուժաբժախոհները ձեզ չափազանց երկար են սպասեցրել, կամ մեր Անդամների սպասարկման ծառայությունը կամ այլ անձնակազմի անդամներն են սպասեցրել: <ul style="list-style-type: none"> Օրինակ չափազանց երկար եք սպասել հեռախոսով, սպասարանում կամ բժիշկի գնման սենյակում կամ դեղատոմսով դեղ ստանալիս:
Մաքրություն	<ul style="list-style-type: none"> Դուք դժգոհ եք կլինիկայի, հիվանդանոցի կամ բժշկի գրասենյակի մաքրությունից կամ պայմաններից:
Մեր կողմից տրամադրված տեղեկատվություն	<ul style="list-style-type: none"> Արդյո՞ք չե՞նք տրամադրել ձեզ պահանջվող ծանուցումը: Արդյո՞ք մեր գրավոր տեղեկատվությունը դժվար է հասկանալ:
Ժամանակին կատարում (Այս տեսակի բոլոր բողոքները կապված են ապահովագրության որոշումների և բողոքարկումների վերաբերյալ մեր գործողությունների ժամանակին ընդունման հետ):	<p>Եթե ներկայացրել եք ապահովագրության որոշման հայտ կամ բողոքարկում, և կարծում եք, որ չե՞նք արձագանքում բավականաչափ արագ, կարող եք բողոք ներկայացնել մեր դանդաղ աշխատանքի վերաբերյալ: Ահա օրինակներ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> Եթե ներկայացրել եք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշման հայտ կամ արագ բողոքարկում, և մենք մերժել ենք, կարող եք բողոք ներկայացնել: Եթե կարծում եք, որ մենք չե՞նք գործում ծածկույթի որոշման կամ բողոքարկման ժամկետներին համաձայն, կարող եք բողոք ներկայացնել:

Գանգատ	Օրինակ
	<ul style="list-style-type: none"> • Եթե կարծում եք, որ մենք չենք պահպանում ապահովագրված և փոխհատուցման հաստատում ունեցող որոշակի բժշկական ապրանքների, ծառայությունների կամ դեղերի համար սահմանված ժամկետները, կարող եք բողոք ներկայացնել: • Եթե կարծում եք, որ մենք սահմանված ժամկետներում չենք ուղարկել ձեր գործը անկախ վերանայման կազմակերպությանը, կարող եք բողոք ներկայացնել:

ԲԱԺԻՆ 11.2 Ինչպե՞ս բողոք ներկայացնել

Իրավական պայման.

- **Բողոքը** կոչվում է նաև **գանգատ**:
- **Բողոքի ներկայացումը** կոչվում է նաև **գանգատի ներկայացում**:
- **Բողոքարկումների գործընթացի կիրառումը** կոչվում է նաև **գանգատի ներկայացման գործընթացի կիրառում**:
- **Արագ բողոքարկումը** նաև անվանում են **արագացված կերպով հայտնած գանգատ**:

Քայլ 1. Կապ հաստատեք մեզ հետ հրատապ՝ հեռախոսով կամ գրավոր եղանակով:

- **Անդամների սպասարկման ծառայություն գանգահարելը՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն՝ 711) սովորաբար առաջին ֆայլն է:** Այլ ֆայլեր իրականացնելու անհրաժեշտության դեպքում Անդամների սպասարկման ծառայության ներկայացուցիչները ձեզ կտեղեկացնեն այդ մասին:
- **Եթե չեք ցանկանում գանգահարել (կամ գանգահարել եք և բավարարված չեք արդյունքով), կարող եք գրավոր բողոք գրել և մեզ ուղարկել:** Եթե ներկայացնեք ձեր բողոքը գրավոր նամակով, մենք նույնպես կպատասխանենք ձեզ գրավոր ձևով:
- **Մենք կվորձենք ձեր բողոքը լուծել հեռախոսով:** Եթե չենք կարող լուծել ձեր բողոքը հեռախոսով, ձեր բողոքի պատճենական ֆիննման ընթացակարգ կկիրառվի: Այն կոչվում է Անդամների բողոքների ընթացակարգ: Մենք պատասխանում ենք բողոքների մեծ մասին **30** օրացուցային օրերի ընթացքում: Մենք կարող ենք ավելի երկար ֆիննել բողոքը, եթե խնդրեք կամ եթե ավելի շատ տեղեկություն պահանջվի և հետաձգումը ձեր լավագույն շահերից է բխում: Եթե գրավոր պատասխան պահանջեք, գրավոր բողոք ներկայացնեք կամ բուժապատրաստման որակի բողոք ներկայացնեք, մենք կպատասխանենք ձեզ գրավոր: Մենք ձեր բողոքն արագ կֆիննենք, եթե մերժենք փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշման հայտը կամ արագ բողոքարկման հայտը կամ եթե մեզ լրացուցիչ ժամանակ պահանջվի ապահովագրության որոշման կամ արագ բողոքարկման կայացման համար, և դուք համաձայն չեք, որ մենք ավելի երկար ժամանակ պետք է տրամադրենք, քան նախատեսված է: Մենք արագացված բողոքների պատասխանում ենք **24** ժամվա ընթացքում:
- **Բողոք ներկայացնելու վերջնաժամկետը 60** օրացուցային օր է՝ այն պահից, երբ առաջացել է խնդիրը, որի վերաբերյալ ցանկանում եք գանգատ ներկայացնել:

Քայլ 2. Մենք կուսումնասիրենք ձեր բողոքը և կպատասխանենք:

- **Հնարավորության դեպքում ձեզ անմիջապես կպատասխանենք:** Եթե ձեր բողոքը ներկայացնեք հեռախոսագանգի միջոցով, ապա հնարավոր է, որ մենք ձեզ պատասխան տրամադրենք այդ նույն հեռախոսագանգի ընթացքում:

- **Բողոքների մեծ մասի պատասխանը տրամադրվում է 30 օրացուցային օրերի ընթացքում:** Եթե մեզ անհրաժեշտ է լրացուցիչ տեղեկատվություն, և հետաձգումը ձեր լավագույն շահերից է բխում կամ եթե դուք խնդրում եք լրացուցիչ ժամանակ, մենք կարող ենք տրամադրել մինչև 14 օրացուցային օր (ընդհանուր առմամբ՝ 44 օրացուցային օր)՝ ձեր բողոքին պատասխանելու համար: Եթե որոշեմք, որ լրացուցիչ օրեր են պահանջվում, մենք ձեզ գրավոր կձանուցենք:
- **Եթե ձեր բողոքը վերաբերում է այն փաստին, որ մենք մերժել ենք «փոխհատուցման վերաբերյալ արագ որոշում» կայացնելու կամ «Արագ բողոքարկում» իրականացնելու ձեր հայտը, ձեր բողոքն ավտոմատ կերպով կֆինվի արագացված կարգով:** Եթե ներկայացրել եք արագ բողոք, դա նշանակում է, որ ձեզ կպատասխանենք 24 ժամվա ընթացքում:
- **Եթե մենք համաձայն չենք** ձեր բողոքի մի մասի կամ անբողջության հետ կապված կամ չեք ստանձնում պատասխանատվություն այն խնդրի համար, որի մասին բողոքում եք, մենք մեր պատճառները կներառենք ձեզ ուղղված մեր պատասխանում:

ԲԱԺԻՆ 11.3 Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել բուժապասարկման որակի վերաբերյալ անմիջապես Որակի բարելավման կազմակերպությանը:

Եթե ձեր բողոքը վերաբերում է *բուժապասարկման որակին*, ունեք նաև հետևյալ լրացուցիչ երկու ընտրանք՝

- **Դուք կարող եք ձեր բողոքն ուղղակիորեն ներկայացնել Որակի բարելավման կազմակերպություն:** Որակի բարելավման կազմակերպությունը գործող բժիշկների և առողջապահության ոլորտի այլ փորձագետների խումբ է, որոնց վերաբերում է դաշնային կառավարությունը՝ Medicare-ի հիվանդներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակը ստուգելու և բարելավելու նպատակով: Գլուխ 2-ը պարունակում է կոնտակտային տվյալներ:

ԿԱՄ՝

- **Դուք կարող եք ձեր բողոքը միևնույն ժամանակ ներկայացնել և՛ Որակի բարելավման կազմակերպություն, և՛ մեզ:**

ԲԱԺԻՆ 11.4 Դուք կարող եք նաև հայտնել Medicare-ին ձեր բողոքի մասին

Կարող եք բողոք ուղարկել Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) -ի վերաբերյալ անմիջապես Medicare-ին: Medicare-ին առցանց բողոք ներկայացնելու համար այցելեք www.Medicare.gov/my/medicare-complaint կայքը: Կարող եք նաև զանգահարել՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY/TDD օգտագործողները կարող են զանգահարել՝ 1-877-486-2048:

Խնդիրներ ձեր Medicaid-ի նպաստների հետ

ԲԱԺԻՆ 12 Զեր Medicaid-ի նպաստների հետ կապված խնդիրների լուծում

Medicaid-ի կողմից ապահովագրված նպաստների և/կամ գործընթացների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար պետք է կապվեք Անդամների սպասարկման ծառայության հետ (հեռախոսահամարները տպագրված են այս գրքույկի հետևի կողմում) կամ ձեր նահանգի Medicaid գրասենյակի հետ (կոնտակտային տվյալներ նշված են Գլուխ 2-ի Բաժին 6-ում) :

Արդյո՞ք ձեր խնդիրը կամ մտահոգությունը վերաբերում է նպաստներին կամ ապահովագրական ծածկույթին:

Սա ներառում է որոշակի բուժապասարկման (ներառյալ բժշկական պարագաները, ծառայությունները և/կամ B մասի դեղատոմսային դեղերը) ապահովագրության, ապահովագրության եղանակի և բուժապասարկման վնասման հետ կապված վերաբերյալ խնդիրներ:

Այո:

Անցե՛ք **Բաժին 5-ին՝ Ապահովագրության որոշումների և բողոքարկումների ուղեցույց:**

Ոչ:

Անցե՛ք **Բաժին 11-ին՝ Ինչպե՞ս բողոք ներկայացնել բուժապասարկման որակի, սպասման ժամանակի, հաճախորդների սպասարկման կամ այլ մտահոգությունների վերաբերյալ:**

Գլուխ 10:

Անդամակցության դադարեցումը մեր պլանում

ԲԱԺԻՆ 1 Զեր անդամակցության դադարեցումը մեր պլանում

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) -ին անդամակցության դադարեցումը կարող է լինել **կամավոր** (ձեր սեփական որոշմամբ) կամ **ոչ կամավոր** (ոչ ձեր սեփական որոշմամբ):

- Դուք կարող եք դուրս գալ մեր պլանից, քանի որ որոշել եք, որ *ուզում եք* դուրս գալ պլանից: 2-րդ և 3-րդ բաժինները ներկայացնում են անդամակցության ինֆնակամ դադարեցման կարգը:
- Կան նաև սահմանափակ թվով իրավիճակներ, երբ մենք պարտավոր ենք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը: 5-րդ բաժինը ներկայացնում է իրավիճակները, երբ մենք պարտավոր ենք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը:

Եթե դուք հեռանում եք մեր պլանից, մեր պլանը պարտավոր է շարունակել տրամադրել ձեզ բուժսպասարկում և դեղատոմսային դեղեր, և դուք կշարունակեք վճարել ձեր ծախսերի մասնաբաժինը՝ մինչև ձեր անդամակցությունն ավարտվի:

ԲԱԺԻՆ 2 Ե՞րբ կարող եք դադարեցնել մեր պլանին անդամակցությունը

ԲԱԺԻՆ 2.1 Հնարավոր է, որ կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը, քանի որ դուք ունեք Medicare և Medicaid

Medicare-ում գրանցված մարդկանց մեծամասնությունը կարող է դադարեցնել իրենց անդամակցությունը պլանում միայն տարվա որոշակի ժամանակահատվածում: Քանի որ դուք ունեք Medicaid, կարող եք դադարեցնել մեր պլանում ձեր անդամակցությունը՝ տարվա ցանկացած ամսում ընտրելով հետևյալ Medicare տարբերակներից մեկը.

- Original Medicare՝ Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի *անկախ* պլանով,
- Original Medicare՝ *առանց* անկախ Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի պլանի (Այս տարբերակի ընտրության դեպքում Medicare-ը կարող է գրանցել ձեզ դեղերի պլանում, բացառությամբ այն դեպքի, երբ դուք հրաժարվել եք ավտոմատ գրանցումից) կամ
- Եթե իրավունակ եք, ինտեգրված D-SNP-ում, որը տրամադրում է Medicare և Medicaid նպաստների ու ծառայությունների մեծ մասը կամ բոլորը՝ մեկ ծրագրում:

Նշում. Եթե հրաժարվեք Medicare-ի դեղերի ծածկույթից, այլևս չստանաք Հավելյալ օգնություն և 63 կամ ավելի օր անընդմեջ չունենաք հաշվեգրելի դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթ, ապա հնարավոր է ստիպված լինեք վճարել Մաս D-ի ու ռե գրանցման տույժ, եթե ավելի ուշ ընդգրկվեք Medicare-ի դեղերի պլանում:

- Զեր Medicaid պլանի տարբերակների մասին տեղեկանալու համար գնդգահարեք ձեր նահանգի Medicaid-ի գրասենյակ:
- Medicare-ի այլ առաջապահական պլանի տարբերակները հասանելի են **Տարեկան գրանցման ժամանակաշրջանում**: Բաժին 2.2-ը ներկայացնում է Տարեկան գրանցման ժամանակաշրջան:
- Զեր անդամակցությունը սովորաբար ավարտվում է այն ամսվա առաջին օրը, որից հետո կստանանք ձեր պլանը փոխելու վերաբերյալ ձեր հայտը: Նաև, ձեր նոր պլանի անդամակցությունը սկսում է այդ նույն օրը:

ԲԱԺԻՆ 2.2 Դուք կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը Բաց գրանցման ժամանակաբաժանում:

Դուք կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը Բաց գրանցման ժամանակաբաժանում: Այս ժամանակահատվածում վերանայեք ձեր առողջապահական և դեղերի ապահովագրական ծածկույթը և որոշում կայացրեք հաջորդ տարվա համար:

- **Տարեկան գրանցման ժամանակաբաժան** տևում է **հոկտեմբերի 15-ից՝ դեկտեմբերի 7-ը:**
- **Հնարեք պահել ձեր ընթացիկ ապահովագրությունը կամ փոփոխություններ կատարեք հաջորդ տարվա համար:** Եթե որոշեք փոխել նոր պլանի, կարող եք ընտրել հետևյալ ծրագրերից որևէ մեկը.
 - Medicare-ի մեկ այլ առողջության ապահովագրական պլան՝ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթով կամ առանց:
 - *Original Medicare՝ Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի անկախ պլանի:*
 - *Original Medicare՝ առանց Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի անկախ պլանի:*
 - Եթե իրավունակ եք, ինտեգրված D-SNP-ում, որը տրամադրում է Medicare և Medicaid նպաստների ու ծառայությունների մեծ մասը կամ բոլորը՝ մեկ ծրագրում:

Ստանում եք Լրացուցիչ օգնություն Medicare-ից՝ ձեր դեղատոմսային դեղերի վճարման համար. Եթե անցնեք Original Medicare-ի՝ առանց Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի անկախ պլանի գրանցվելու, Medicare-ը կարող է ձեզ ավտոմատ կերպով գրանցել դեղերի պլանում, բացառությամբ եթե հրաժարվել եք ավտոմատ կերպով գրանցումից:

Նշում. Եթե հրաժարվեք Medicare-ի դեղերի ծածկույթից, այլևս չստանաք Հավելյալ օգնություն և 63 կամ ավելի օր անընդմեջ չունենաք դեղերի հաշվեգրելի ծածկույթ, ապա հնարավոր է ստիպված լինեք վճարել Մաս D-ի ուժ գրանցման տույժ, եթե ավելի ուշ ընդգրկվեք Medicare-ի դեղերի պլանում:

- **Ձեր անդամակցությունը մեր պլանին կավարտվի**, երբ ձեր նոր պլանը սկսի գործել հունվարի 1-ին:

ԲԱԺԻՆ 2.3 Դուք կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը Medicare Advantage-ի բաց անդամագրման ժամանակահատվածում

Դուք հնարավորություն ունեք կատարել *մեկ* փոփոխություն ձեր առողջապահական ծածկույթում **Medicare Advantage-ի բաց գրանցման ժամանակաբաժանում:**

- **Medicare Advantage-ի տարեկան բաց գրանցման ժամանակաբաժանը**, տևում է հունվարի 1-ից մինչև մարտի 31-ը, բացի այդ, Մաս A-ի և Մաս B-ի իրավունք ունեցող MA ծրագրում ընդգրկված Medicare-ի նոր շահառուների համար՝ իրավունակության հաստատման պահից մինչև 3-րդ ամսվա վերջին օրը:
- **Medicare Advantage-ի տարեկան բաց գրանցման ժամանակաբաժանում** կարող եք.
 - Անցնել մեկ այլ Medicare Advantage Plan-ի՝ դեղերի ծածկույթով կամ առանց:
 - Դուրս գալ մեր ծրագրից և ստանալ ապահովագրություն Original Medicare-ի միջոցով: Եթե այս ժամանակահատվածում որոշեք անցնել Original Medicare-ի, այդ ժամանակ կարող եք նաև միանալ առանձին Medicare դեղատոմսային դեղերի պլանի:
- **Ձեր անդամակցությունը կավարտվի** այլ Medicare Advantage պլանի գրանցումից կամ ձեր՝ Original Medicare-ի ընդգրկվելու հայտը ստանալուց հետո՝ ամսվա առաջին օրը: Եթե նաև ընտրեք ընդգրկվել Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի պլանում, ձեր անդամակցությունը դեղերի պլանին կսկսվի ամսվա առաջին օրը՝ դեղերի պլանի կողմից ձեր գրանցման հայտը ստանալուց հետո:

ԲԱԺԻՆ 2.4 Որոշ դեպքերում, կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը հատուկ գրանցման ժամանակաշրջանում

Որոշ դեպքերում, հնարավոր է, որ իրավունակ լինեք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը տարվա այլ ժամանակահատվածներում: Սա հայտնի է որպես **Հատուկ գրանցման ժամանակաշրջան**:

Հնարավոր է, որ դուք իրավունակ լինեք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը հատուկ գրանցման ժամանակաշրջանում, եթե հետևյալ իրավիճակներից որևէ մեկը վերաբերում է ձեզ: Սրանք միայն օրինակներ են: Ամբողջական ցուցակի համար կարող եք կապ հաստատել պլանի հետ, գանգահարել Medicare կամ այցելել Medicare-ի կայքը՝ www.medicare.gov:

- Սովորաբար, երբ տեղափոխվում եք
- Եթե ունեք California Medicaid
- Եթե իրավունակ եք ստանալ «Լրացուցիչ օգնություն» Medicare-ի դեղատոմսերի վճարման հարցում
- Եթե մեկն խախտում եմք ձեզ հետ կնքված պայմանագիրը
- Եթե ստանում եք խնամք հաստատությունում, օրինակ՝ որակավորված բուժօւյրական հաստատությունում կամ երկարաժամկետ խնամքի հիվանդանոցում (LTC)
- Ընդգրկվում եք Տարեցների համապարփակ խնամքի (PACE) ծրագրում:
- **Նշում**՝ եթե ընդգրկված եք դեղերի կառավարման ծրագրում, ապա չեք կարող փոխել պլանը: 5-րդ գլխի 10-րդ բաժինը տրամադրում է լրացուցիչ տեղեկատվություն դեղերի կառավարման պլանի մասին:
- **Նշում**՝ 2.1-ին բաժինը ձեզ տրամադրում է լրացուցիչ տեղեկություններ Medicaid-ում հատուկ գրանցման ժամանակաշրջանի մասին:

Գրանցման ժամկետները տարբեր են՝ կախված է ձեր գտնվելու վայրից:

Որպեսզի իմանաք, թե արդյոք դուք իրավունակ եք օգտվել հատուկ գրանցման ժամանակաշրջանից, գանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Եթե իրավունակ եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը հատուկ պատճառով, կարող եք ընտրել փոխել ինչպես ձեր Medicare բժշկական ապահովագրությունը, այնպես էլ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթը: Դուք կարող եք ընտրել:

- Medicare-ի մեկ այլ առողջության ապահովագրական պլան՝ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթով կամ առանց:
- Original Medicare՝ Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի անկախ *պլանով*:
- Original Medicare՝ *առանց* Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի անկախ պլանի:

Նշում՝ եթե հրաժարվեք Medicare-ի դեղերի ծածկույթից, այլևս չստանաք Հավելյալ օգնություն և 63 կամ ավելի օր անընդմեջ չունենաք դեղերի հաշվեգրելի ծածկույթ, ապա հնարավոր է ստիպված լինեք վճարել Մաս D-ի ուժ գրանցման տույժ, եթե ավելի ուշ ընդգրկվեք Medicare-ի դեղերի պլանում:

Եթե դուք ստանում եք «Լրացուցիչ օգնություն» Medicare-ից ձեր դեղատոմսային դեղերի վճարման համար, եթե անցնեք Original Medicare-ի՝ առանց Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի անկախ պլանի գրանցվելու, Medicare-ը կարող է ձեզ ավտոմատ կերպով գրանցել դեղերի պլանում, բացառությամբ եթե հրաժարվել եք ավտոմատ կերպով գրանցումից:

Ձեր անդամակցությունը սովորաբար ավարտվում է այն ամսվա առաջին օրը, որից հետո կստանանք ձեր պլանը փոխելու վերաբերյալ ձեր հայտը:

Նշում՝ 2.1-ին և 2.2-րդ բաժինները ձեզ տրամադրում են լրացուցիչ տեղեկություններ Medicaid-ում և «Լրացուցիչ օգնության» հատուկ գրանցման ժամանակաշրջանի մասին:

ԲԱԺԻՆ 2.5 Որտե՞ղ կարող եմ ձեր անդամակցությունը դադարեցնելու մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ

Եթե ձեր անդամակցությունը դադարեցնելու վերաբերյալ հարցեր ունեմ, կարող եմ՝

- **Զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն:**
- Ստացել տեղեկատվություն **Medicare & You 2026**թ. ձեռնարկում:
- Կապ հաստատեմ **Medicare-ի** հետ՝ 24/7 ուեժիմով գործող 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: (TTY 1-877-486-2048)

ԲԱԺԻՆ 3 Ինչպես դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանում

Ստորև բերված աղյուսակը բացատրում է, թե ինչպես պետք է դադարեցնեմ ձեր անդամակցությունը մեր պլանին:

Եթե ցանկանում եմ փոխել մեր պլանը հետևյալի՝	Ահա, թե ինչ է պետք անել՝
Medicare-ի մեկ այլ առողջության ապահովագրական պլան:	<ul style="list-style-type: none"> • Գրանցվել Medicare-ի նոր՝ առողջության ապահովագրական պլանի: • Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) -ում ձեր անդամակցությունն ավտոմատ կերպով դադարեցվում է նոր ծրագիր սկսելու դեպքում:
Original Medicare՝ Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի <i>անկախ</i> պլանով:	<ul style="list-style-type: none"> • Գրանցվեմ Medicare-ի նոր՝ դեղատոմսով դեղերի պլանում: • Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ում ձեր անդամակցությունն ավտոմատ դադարեցվում է դեղերի նոր պլանի ապահովագրության սկսելու դեպքում:
Original Medicare՝ <i>առանց</i> Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի անկախ պլանի:	<ul style="list-style-type: none"> • Դուրս գալու գրավոր դիմում ներկայացրեմ մեզ: կրացուցիչ տեղեկությունների համար կապ հաստատեմ Անդամների սպասարկման ծառայության հետ: • Կարող եմ նաև զանգահարել Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: • Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)-ում ձեր անդամակցությունն ավտոմատ կերպով դադարեցվում է, երբ Original Medicare-ի ձեր ապահովագրությունը սկսվում է:

Նշում.

Եթե հրաժարվեմ Medicare-ի դեղերի ծածկույթից, այլևս չստանամ Հավելյալ օգնություն և 63 կամ ավելի օր անընդմեջ չունենամ դեղերի հատվեգրելի ծածկույթ, ապա հնարավոր է ստիպված լինեմ վճարել Մաս D-ի ուժ գրանցման տույժ, եթե ավելի ուշ ընդգրկվեմ Medicare-ի դեղերի պլանում:

Զեր Medicaid նպաստների վերաբերյալ հարցերի համար դիմե՛ք՝ California Department of Health Care Services, (916) 449-5000, TTY՝ 711, N/A: Հարցրե՛ք, թե ինչպես կարող է մեկ այլ պլանի միանալը կամ Original Medicare-ին վերադառնալը ազդել Medicaid-ի ապահովագրություն ստանալու վրա:

ԲԱԺԻՆ 4 Մինչև ձեր անդամակցության ավարտը, դուք պետք է շարունակե՛ք ստանալ ձեր բժշկական պարագաները, ծառայությունները և դեղերը մեր պլանի միջոցով:

Մինչև ձեր Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) անդամակցության ավարտը և ձեր նոր Medicare և Medicaid ապահովագրության մեկնարկը, դուք պետք է շարունակե՛ք ստանալ ձեր բուժապասարկումը և դեղատոմսային դեղերը մեր պլանի միջոցով:

- Բուժապասարկում ստանալու համար շարունակե՛ք օգտվել մեր ցանցային մատակարարների ծառայություններից:
- Շարունակե՛ք օգտագործել մեր ցանցային դեղատներից կամ փոստային պատվերով ծառայություններից՝ ձեր դեղատոմսային դեղերը ստանալու համար:
- Եթե դուք հոսպիտալացվել եք ձեր անդամակցության ավարտի օրը, ձեր հիվանդանոցային բուժօգնությունը կփոխհատուցվի մեր պլանի կողմից՝ մինչև դուրսգրումը (նույնիսկ եթե դուք եք գրվել ձեր նոր բժշկական ապահովագրության ուժի մեջ մտնելուց հետո):

ԲԱԺԻՆ 5 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) -ը պետք է դադարեցնի մեր պլանում անդամակցությունը որոշակի իրավիճակներում

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) -ը պետք է դադարեցնի ձեր անդամակցությունը պլանին, եթե հետևյալներից որևէ մեկը տեղի ունենա.

- Եթե այլևս չունե՛ք Medicare Part A և Part B
- Եթե դուք եք գալիս մեր սպասարկման տարածքից:
- Եթե մեր սպասարկման տարածքից հեռանում եք ավելի քան 6 ամիս ժամկետով:
 - Եթե տեղափոխվում կամ երկար ժամանակ հանապարհորդում եք, ապա անհրաժեշտ է զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայության և հետել՝ գտնվա՞ւմ է արդյո՞ք ձեր տեղափոխման կամ հանապարհորդության նպատակակետը մեր սպասարկման տարածքում:
- Եթե դուք ձեր բնակավայրում եք (գնում եք կալանավայր):
- Եթե այլևս Միացյալ Նահանգների ֆադաբանդի չե՛ք կամ օրինակաճանճան չե՛ք գտնվում Միացյալ Նահանգներում:
- Եթե կեղծ տվյալներ եք տրամադրում կամ թափախում եք տեղեկություններ, որոնք վերաբերում են Դեղատոմսային դեղերի համար ունեցած այլ ապահովագրական ծածկույթին:
- Եթե պլանին անդամագրվելիս մեզ դիմումը սխալ տվյալներ տրամադրե՛ք և այդ տվյալներն ազդեն մեր պլանին անդամագրվելու իրավունակության վրա: (Մենք չենք կարող ստիպել ձեզ հեռանալ մեր ծրագրից, առանց Medicare-ից նախնական հաստատում ստանալու):
- Եթե ձեր վարքը շարունակաբար ապակայունացնող է և դժվարացնում է մեր կողմից ձեզ և մեր պլանի այլ անդամներին բուժապասարկման տրամադրումը: (Մենք չենք կարող ստիպել ձեզ հեռանալ մեր ծրագրից, առանց Medicare-ից նախնական հաստատում ստանալու):
- Եթե թույլ տա՛ք որևէ այլ անձի օգտագործել ձեր անդամակցության ֆարսը՝ բուժապասարկում ստանալու նպատակով: (Մենք չենք կարող ստիպել ձեզ հեռանալ մեր ծրագրից, առանց Medicare-ից նախնական հաստատում ստանալու):

Գլուխ 10: Անդամակցության դադարեցումը մեր պլանում

- Եթե այս ամենի պատճառով ձեր անդամակցությունը դադարեցվի, **Medicare**-ը կարող է ձեր գործը ներկայացնել Գլխավոր տեսուչի գրասենյակ:

Եթե հարցեր ունեւ կամ ցանկանում եւ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ, թե երբ կարող եւն դադարեցնել ձեր անդամակցությունը, զանգահարեւ Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 (TTY օգտագործողները պեւտ է զանգահարեն 711):

ԲԱԺԻՆ 5.1 Մենք չենք կարող խնդրել ձեզ դուրս գալ մեր պլանից՝ ձեր առողջության հետ կապված որևէ պատճառով

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) պլանը մեզ թույլ չի տալիս ձեզ խնդրել դուրս գալ մեր պլանից՝ ձեր առողջության հետ կապված որևէ պատճառով:

Ի՞նչ պեւտ է անեւ, եթե դա տեղի ունենա:

Եթե զգում եւ, որ ձեզնից պահանջում են դուրս գալ մեր պլանից առողջության հետ կապված պատճառից ելնելով, զանգահարեւ Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեւախոսահամարով: TTY օգտագործողները պեւտ է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեւախոսահամարով:

ԲԱԺԻՆ 5.2 Դուք իրավունակ եւ բողոք ներկայացնել, եթե դադարեցնենք ձեր անդամակցությունը մեր պլանին

Եթե մենք դադարեցնենք ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրում, մենք պեւտ է գրավոր տեղեկացնենք ձեզ անդամակցությունը դադարեցնելու պատճառների մասին: Մենք պարտավոր կլինենք նաև ձեզ տեղեկացնել անդամակցությունը դադարեցնելու վերաբերյալ մեր որոշման դեւ բողոք ներկայացնելու կարգի մասին:

Գլուխ 11:

Իրավական ծանուցումներ

ԲԱԺԻՆ 1 Կարգավորող օրենքի մասին ծանուցում

Հիմնական օրենքը, որը կիրառելի է *Ապահովագրության վկայագրի* փաստաթղթի նկատմամբ Սոցիալական ապահովության ակտի XVIII բաժինն է և Medicare-ի և Medicaid-ի ծառայությունների (CMS-ի) կենտրոնների կողմից Սոցիալական ապահովության ակտի ներքո ստեղծված կանոնակարգերը: Բացի այդ, կարող են կիրառելի լինել նաև այլ դաժնային օրենքներ, ինչպես նաև, որոշակի հանգամանքներում, ձեր բնակության վայր հանդիսացող նահանգի օրենքները: Սա կարող է ազդել ձեր իրավունքների և պատասխանատվության վրա, նույնիսկ եթե օրենքները ներառված չեն կամ չեն բացատրվում սույն փաստաթղթում:

ԲԱԺԻՆ 2 Ծանուցում խտրականության բացառման մասին

Մենք խտրականություն չենք դնում՝ ըստ ռասայի, էթնիկ պատկանելության, ազգային ծագման, մաշկի գույնի, կրոնի, սեռի, գեղեցիկ, տարիքի, սեռական կողմնորոշման, մտավոր կամ ֆիզիկական հաշմանդամության, առողջական վիճակի, ապահովագրական հայտերի պատմության, բժշկական պատմության, գենետիկական տվյալների, Ապահովագրության վկայագրի կամ սպասարկման տարածքում աշխարհագրական դիրքի: Բոլոր կազմակերպությունները, որոնք տրամադրում են Medicare Advantage պլանները, ինչպես և մեր պլանը, պետք է ենթարկվեն խտրականության դեմ դաժնային օրենքներին, ներառյալ 1964 թ. Քաղաքացիական իրավունքների ակտի VI Վերնագրին, 1973 թ. Վերականգնողական ակտին, 1975 թ. Տարիքային խտրականության մասին ակտին, հաշմանդամություն ունեցող անբրիկացիների մասին ակտի Մատչելի խնամքի մասին 1557 կետին, բոլոր այլ օրենքներին, որոնք կիրառելի են դաժնային ֆինանսավորում ստացող կազմակերպությունների նկատմամբ, ինչպես նաև ցանկացած այլ օրենքների և կանոնների, որոնք կիրառելի են ցանկացած այլ պատճառով:

Եթե ցանկանում եք ստանալ լրացուցիչ տեղեկություններ կամ ունեք մտահոգություններ խտրականության կամ անբարեխիղճ վերաբերմունքի վերաբերյալ, խնդրում ենք զանգահարել Department of Health and Human Services-ի քաղաքացիական իրավունքների բաժին՝ 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) հեռախոսահամարով կամ Քաղաքացիական իրավունքների պաշտպանության ձեր տեղական գրասենյակ: Կարող եք նաև վերանայել տեղեկությունը Department of Health and Human Services-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի կայքում՝ <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>:

Զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ (866) 314-2427 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները՝ (866) 314-2427) լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար: Եթե բողոք ունեք, օրինակ՝ կապված անվասայլակով մուտքի հետ, ձեր կարող է օգնել Անդամների սպասարկման ծառայությունը:

ԲԱԺԻՆ 3 Medicare երկրորդային վնարողի սուբրոգացիայի իրավունքների մասին ծանուցում

Մենք ունենք իրավունք և կրում ենք պատասխանատվություն՝ պահանջելու վնարում Medicare-ի փոխհատուցվող ծառայությունների համար, որոնց համար առաջնային վնարողը Medicare-ը չի հանդիսանում: Համաձայն CMS կանոնակարգերի 42 CFR բաժինների 422.108 և 423.462 կետերի, Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) պլանը, որպես Medicare Advantage կազմակերպություն, կօգտվի վերադարձման նույն իրավունքներից, որոնցից Քարտուղարն է

Գլուխ 11: Իրավական ծանուցումներ

օգտվում՝ համաձայն CMS կանոնակարգերի 42 CFR բաժնի 411 կետի B-ից՝ D ենթակետերի, և սույն հոդվածով սահմանված կանոնները գերազանցում են ցանկացած նահանգային օրենք:

ԳԼՈՒԽ 12:

Սահմանումներ

Ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոն: Ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոնը բաժին է, որը բացառապես գործում է ամբուլատոր վիրաբուժական ծառայություններ մատուցելու նպատակով այն բուժառուներին, ուն հասպիտալացում չի պահանջվում և ուն ակնկալվող սպասարկումը կենտրոնում չի գերազանցում 24 ժամը:

Բողոքարկում: Բողոքարկումը գործողություն է, որը նախաձեռնում եք, երբ համաձայն չեք մեր որոշման հետ մերժել առողջապահական ծառայությունների կամ դեղատոմսային դեղերի համար բժշկական ապահովագրության տրամադրումը կամ արդեն իսկ ստացած ծառայությունների կամ դեղերի դիմաց հատուցումը: Դուք կարող եք նաև բողոքարկել, եթե համաձայն չեք ձեր կողմից արդեն իսկ ստացվող ծառայությունների դադարեցման մեր որոշման հետ:

Մնացորդային հաշիվ՝ մատակարարը (օրինակ՝ բժիշկ կամ հիվանդանոց) բուժառուին ներկայացնում է հաշիվ, որի գումարը գերազանցում է ծրագրով թույլատրված բաժնված ծախսերի մասնաբաժինը: Որպես Central Health Medi-Medi Plan II պլանի անդամ՝ դուք պարտավոր եք միայն վճարել բաժնված ծախսերի մասնաբաժինը, երբ ստանում եք մեր պլանի կողմից Տերմին, որն օգտագործում եք ծրագրով ապահովագրված բույս առողջապահական ծառայությունների և ապրանքների մասին խոսելիս: Մենք թույլ չենք տալիս մատակարարներին **գանձել մնացորդը** կամ այլ կերպ ստանալ ձեզնից ավելին, քան ծախսերի այն մասնաբաժինը, որը պահանջվում ըստ ձեր պլանի:

Նպաստի ժամանակահատված՝ ժամանակաբաժան, ըստ որի մեր պլանը և Original Medicare-ը չափում են ձեր կողմից հիվանդանոցային և որակավորված բուժօւյրական խնամքի հաստատության (SNF) ծառայությունների օգտագործումը: Նպաստի ժամանակահատվածը սկսվում է ձեր հիվանդանոց կամ որակավորված բուժօւյրական խնամքի հաստատություն դիմելու օրը: Նպաստի ժամանակահատվածն ավարտվում է, երբ 60 օր անընդմեջ չեք ստացել ստացիոնար հիվանդանոցային բուժօգնություն (կամ մասնագիտացված խնամք SNF-ում): Եթե դիմեք հիվանդանոց կամ որակավորված բուժօւյրական խնամքի հաստատություն մեկ նպաստի ժամանակահատվածի ավարտից հետո, սկսվում է նոր Նպաստի ժամանակահատված: Նպաստի ժամանակահատվածների ֆանակի սահմանափակում չկա:

Կենսաբանական արտադրանք: Դեղատոմսային դեղ, որը պատրաստված է բնական և կենդանի նյութերից, ինչպիսիք են կենդանիների բջիջները, բույսերի բջիջները, մանրէները կամ խմորիչը: Կենսաբանական արտադրանքները ավելի բարդ են մյուս դեղերից և չեն կարող հեզբրտ պատնենվել, ուստի այլընտրանքային ձևերը կոչվում են կենսանմաններ: Կենսանմանակներն, ընդհանուր առմամբ, նույնքան լավ են գործում, և իսկական կենսաբանական արտադրանքի պես անվտանգ են: (Տե՛ս նաև «Բնօրինակ կենսաբանական արտադրանք» և «Կենսանման»):

Կենսանման: Կենսաբանական արտադրանք, որը նման է իսկական կենսաբանական արտադրանքի, բայց ճիշտ նույնը չէ: Կենսանմանները նույնքան անվտանգ և արդյունավետ են, որքան իսկական կենսաբանական արտադրանքը: Որոշ կենսանմանակներ կարող են դեղատանը փոխարինվել իսկական կենսաբանական արտադրանքով՝ առանց նոր դեղատոմսի անհրաժեշտության: (Տե՛ս «Փոխարինելի կենսանմանակներ»):

Ապրանքանիւշային անվանումով դեղ: Դեղատոմսով դեղամիջոց, որը արտադրվում և վաճառվում է այն դեղագործական ընկերության կողմից, որն ի սկզբանե հետազոտել և մշակել է դեղը: Ապրանքանիւշային անվանումով դեղերն ունեն միևնույն ակտիվ բաղադրիչներով բանաձևը, ինչ-որ նույն դեղերի համընդհանուր անվանումով տարբերակները: Այնուամենայնիվ, ջեներիկ դեղերը արտադրվում և վաճառվում են այլ դեղարտադրողների կողմից և որպես կանոն մատչելի չեն, մինչև Ապրանքանիւշային անվանումով դեղի արտոնագրի սպառվելը:

Աղետային ապահովագրության փուլ: Մաս D դեղերի նպաստի փուլ, որը սկսվում է այն ժամանակ, երբ դուք (կամ ձեր անունից գործող այլ իրավունակ կողմեր) ծախսել եք \$2,100 -ը D Մասով ապահովագրված դեղերի համար՝ ապահովագրված

տարվա ընթացքում: Վնարման այս փուլում, պլանը վնարում է ձեր ապահովագրված Մաս D դեղերի բոլոր ծախսերը: Դուք ոչինչ չեք վնարում:

Medicare և Medicaid Ծառայությունների (CMS) Կենտրոններ: Դաշնային գործակալություն, որը ղեկավարում է Medicare-ը:

Chronic-Care Special Needs Plan (C-SNP): C-SNP-ները SNP-ներ են, որոնք սահմանափակում են գրանցումը միայն այն անձանց համար, ովքեր իրավասու են Medicare Advantage (MA)-ին և ունեն որոշակի ծանր և բրնձիկ հիվանդություններ:

Համապահովագրություն: Գումարի տոկոսային արտահայտում (օրինակ, 20%), որի վնարումը կարող է պահանջվել, որպես ծառայությունների կամ դեղատոմսային դեղերի արժեքների ձեր մասնաբաժին, երբ վնարում եք ցանկացած չհատուցվող վնար:

Բողոք: Նշանակում է պաշտոնական գանգատ ներկայացնել: Բողոքելու գործընթացն օգտագործվում է *միայն* որոշ տեսակի խնդիրների համար: Սա ներառում է բուժապատրիման որակի, սպասման տևողության և հաճախորդների սպասարկման հետ կապված խնդիրները: Այն նաև ներառում է բողոքները, եթե ձեր պլանը չի հետևում Բողոքարկումների գործընթացի սահմանված ժամկետներին:

Բազմապրոֆիլային ամբուլատոր վերականգնողական հաստատություն (CORF): Հաստատություն, որը հիմնականում ապահովում է վերականգնողական ծառայություններ հիվանդությունից կամ վնասվածքից հետո, ներառյալ ֆիզիոթերապիա, սոցիալական կամ հոգեբանական ծառայություններ, շնչառական թերապիա, էրգոթերապիա և խոսքի և լեզվի խանգարումներին առնչվող ծառայություններ, ինչպես նաև տնային միջավայրի գնահատման ծառայություններ:

Համավնար: Գումար, որը հնարավոր է, որ պահանջվի վնարել որպես բժշկական ծառայության կամ ապրանքի, ինչպես օրինակ՝ բժշկի այցի, հիվանդանոցային ամբուլատոր այցը կամ դեղատոմսով դեղի, արժեքի ձեր մասնաբաժին: Համավնարը սահմանված գումար է (օրինակ՝ \$10), այլ ոչ թե՝ տոկոսային մաս:

Ծախսերի մասնաբաժին: Ծախսերի մասնաբաժինը վերաբերում է այն գումարներին, որոնք անդամը պարտավոր է վնարել՝ ծառայություններ կամ դեղեր ստանալիս: (Ի լրումն պլանի անսակից հավելավորի): Ծախսերի մասնաբաժինը ներառում է հետևյալ 3 տեսակի վնարների ցանկացած համադրություն. (1) ցանկացած չհատուցվող վնար գումար, որը պլանը կարող է պարտադրել նախքան ծառայությունները կամ դեղերն ապահովագրելը, (2) ցանկացած ֆիքսված «համավնարի» գումար, որը պլանը պահանջում է, երբ որոշ ծառայություն կամ դեղ է ստանում, կամ (3) ցանկացած «Համապահովագրության» գումար, ծառայության կամ դեղի համար վնարված ընդհանուր գումարի տոկոսային բաժին, որը պլանը պահանջում է, երբ որոշակի ծառայություն կամ դեղ է ստանում:

Ծախսերի բաշխման մակարդակ: Ապահովագրված դեղերի ցուցակի յուրաքանչյուր դեղ բաժին է ընկնում ծախսերի բաշխման վեց (6) մակարդակներից մեկին: Ընդհանուր առմամբ, որքան բարձր է ծախսերի բաշխման մակարդակը, այնքան ավելի բարձր է դեղի արժեքը:

Ապահովագրության որոշում: Որոշում այննախին, թե արդյոք ձեզ նշանակված դեղը ներառված է պլանում, և թե որքան գումար է նախատեսված, եթե կիրառելի է, որը պետք է վնարել նշանակված դեղի համար: Սովորաբար, եթե ձեր դեղատոմսը ներկայացնում է դեղատոմս, և դեղատոմսը հայտնում է, որ դեղատոմսը ձեր պլանով չի հատուցվում, դա ապահովագրության որոշում չէ: Դուք պետք է գանգահարեք կամ նամակով դիմեք ձեր պլանին ապահովագրության պաշտոնական որոշում ստանալու համար: Այս փաստաթղթում ապահովագրական ծածկույթի վիճակները **ապահովագրական որոշումներ** են կոչվում:

Ապահովագրված դեղեր: Տերմին, որն օգտագործում ենք պլանով ապահովագրված բոլոր դեղատոմսային դեղերի մասին խոսելիս:

Փոխհատուցվող ծառայություններ: Տերմին, որն օգտագործում ենք պլանով ապահովագրված բոլոր առողջապահական ծառայությունների և ապրանքների մասին խոսելիս:

Փոխհատուցվող դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթ: Դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթ (օրինակ՝ գործատուից կամ արհմիությունից), որը, միջինում, ծածկում է առնվազն այնքան, որքան Medicare-ի ստանդարտ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթը կծածկեր: Նման ապահովագրական ապահովագրություն

ունեցողները, երբ ստանում են **Medicare**-ի իրավունակություն, կարող են ավելի քան մեկ անգամ վճարելու պահել այդ ապահովագրությունը, եթե որոշեցն **Medicare**-ի դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթում հետագայում ընդգրկվել:

Նհանառուի խնամք: Նհանառուի խնամքն անձնական խնամք է, որը տրամադրվում է ձեռնարկում, հոսպիտալ կամ այլ հաստատությունում, երբ ձեզ չի պահանջվում հմուտ բուժապասարկում կամ արակալավորված բուժօգնության խնամք: Նհանառու խնամքը, որը տրամադրվում է մասնագիտական հմտություններ կամ ուսուցում չունեցող մարդկանց կողմից, ներառում է առօրյա կենսագործունեության օգնություն, ինչպես օրինակ՝ լողանալ, հագնվել, ուտել, անկողնուց կամ արթուց վեր կենալ, շքվել և գուգարանից օգտվել: Այն կարող է նաև ներառել առողջությանն առնչվող խնամքի այնպիսի տեսակներ, որոնք մարդիկ սովորաբար ինքնուրույն են անում, ինչպես օրինակ՝ աչքի կաթիլներ կաթեցնելը: **Medicare**-ը չի ծածկում Նհանառու խնամքը:

Օրական ծախսերի մասնաբաժնի դրույքաչափ: Դրույքաչափ, որը կարող է կիրառվել, երբ բժիշկը ձեզ նշանակում է որոշակի դեղի մեկ ամսվա դեղապաշարից պակաս չափով, և ձեզանից պահանջվում է համավճար վճարել: Ծախսերի բաժնման օրական դրույքաչափը համավճարն է՝ բաժանված ամսվա կտրվածով օրերի քանակի վրա: Ահա մեկ օրինակ. եթե դեղերի մեկ ամսվա պաշարն արժե \$30, և ըստ ձեր պլանի մեկ ամսվա պաշարը 30 օր է, ապա ձեր «օրական ծախսերի բաժնման դրույքաչափը» օրական \$1 է:

Զիատուցվող վճար: Գումար, որը պարտավոր եք վճարել բուժապասարկման կամ դեղատոմսերով դեղերի համար, նախքան մեր ծրագրի կողմից վճարելը:

Անդամակցման դադարեցում կամ Ապահովագրում: Գործընթաց, որով դադարեցվում է մեր ծրագրին ձեր անդամագրությունը:

Տրամադրման վճար: Յուրաքանչյուր անգամ ապահովագրված դեղատոմսով դեղ տրամադրվելիս գանձվող վճար, ինչպես օրինակ՝ դեղագործի ծախսած ժամանակի, դեղատոմսը պատրաստելու և վաթեթավորելու համար:

Երկակի իրավասությամբ հատուկ կարիքների ծրագրեր (D-SNP): D-SNP-ներն ընդգրկում են այն անհատներին, ովքեր ինչպես **Medicare**-ի (Սոցիալական ապահովության ակտի XVIII վերնագիր), այնպես էլ **Medicaid**-ի ներքո նահանգային պլանով բժշկական օգնություն (Վերնագիր XIX) իրավունք ունեն: Նահանգները ծածկում են որոշ **Medicare** ծախսեր՝ կախված նահանգից և անհատի իրավասությունից:

Երկակի իրավասությամբ անհատներ: Անձ, ով իրավունակ է ստանալ և՛ **Medicare**, և՛ **Medicaid**:

Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME): Որոշակի բժշկական սարքավորումներ, որոնք պատվիրվում են ձեր բժշկի կողմից բժշկական ցուցումներից էլեկտրոնով: Օրինակ՝ ֆայլակներ, անվասայակներ, ձեռնափայտեր, հոսանքով ներքնակի համակարգեր, դիաբետիկ պարագաներ, IV ներերակային ներարկման պոմպեր, խոսելու սարքեր, թրվածնային սարքավորումներ, շնչադիմակներ կամ հիվանդանոցային մահակալներ, որոնք պատվիրված են բուժօգնություններին մատակարարի կողմից տանն օգտագործման համար:

Շտապ: Շտապ բուժօգնության իրավիճակ է համարվում, երբ դուք կամ առողջության և բժշկության վերաբերյալ միջին գիտելիքներ ունեցող այլ խելամիտ ոչ մասնագետ անձ կարծում է, որ ունեք բժշկական ախտանիշեր, որոնք պահանջում են անհապաղ բժշկական ուշադրություն՝ կյանքի կորուստը (և եթե հղի եք՝ չծնված երեխայի կորուստը), վերջույթի կորուստը կամ վերջույթի ֆունկցիայի կորուստը կանխելու համար: Բժշկական ախտանշանները կարող են լինել հիվանդություն, վնասվածք, սուր ցավ կամ առողջական վիճակ, որն արագ վատթարանում է:

Շտապ օգնություն: Փոխհատուցվող ծառայություններ, որոնք՝ 1) տրամադրվում են շտապ օգնության ծառայություններ մատուցելու որակավորում ունեցող մատակարարի կողմից և 2) անհրաժեշտ են շտապ օգնություն պահանջող առողջական վիճակը բուժելու, գնահատելու կամ կայունացնելու համար:

Ապահովագրության վկայագիր (EOC) և բացահայտվող տեղեկություն: Այս փաստաթուղթը՝ անդամագրության ձևաթղթի և այլ կից թղթերի կամ հավելվածների, բացատրագրերի կամ ընտրված այլ կանխարձեռ ապահովագրության հետ միասին, ներկայացնում են ձեր ապահովագրությունը, մեր պարտականությունները, ձեր իրավունքները և որպես մեր ծրագրի անդամ՝ ձեր պարտականությունները:

Գլխիկ 12: Սահմանումներ

Բացառություն: Ապահովագրության որոշման մի տեսակ, որը, հաստատվելու դեպքում, թույլ է տրվում ստանալ այնպիսի դեղամիջոց, որը մեր դեղացանկում ներառված չէ (դեղացանկի բացառություն) կամ ստանալ ոչ նախընտրելի դեղամիջոց ավելի ցածր գնով՝ բաշխված ծախսերի ավելի ցածր մասնաբաժնով (ստանդարտ դեղացանկի բացառություն): Կարող եք նաև բացառություն խնդրել, եթե մեր պլանը պահանջում է փորձել մեկ այլ դեղամիջոց, նախքան ձեր խնդրած դեղը ստանալը, եթե մեր պլանը պահանջում է նախնական հաստատում դեղի համար, և դուք ցանկանում եք, որ մենք հրաժարվենք չափանիւթների սահմանափակումները, կամ եթե մեր պլանը սահմանափակում է ձեր խնդրած դեղամիջոցի քանակը կամ դեղաչափը (դեղացանկից բացառություն):

Լրացուցիչ օգնություն: Medicare-ի կամ նահանգի ծրագիր, որն աջակցում է սահմանափակ եկամուտ և միջոցներ ունեցող անձանց վճարել Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի պլանի ծախսերը, ինչպիսիք են հավելավճարը, չհատուցվող վճարը և Համապահովագրությունը:

Ջեներիկ դեղ: Դեղատոմսով դեղ, որը հաստատված է FDA-ի կողմից, որպես Ապրանքանիւթային անվանումով դեղի նույն ակտիվ բաղադրիչ(ներ) ունեցող դեղ: Ընդհանրապես, ընդհանուր անվանումով դեղը ներագրում է նույն կերպ, ինչպես և ապրանքանիւթային անվանումով դեղը և սովորաբար արժե ավելի էժան:

Գանգատ: Բողոքի տեսակ է, որը դուք ներկայացնում եք մեր ծրագիր, մատակարարների կամ դեղագործների՝ ձեզ մատուցված խնամքի որակի առնչությամբ: Սա չի ներառում փոխհատուցման կամ վճարման վեճերը:

Տնային բուժսպասարկում օգնություն: Անձ, որը մատուցում է ծառայություններ, որոնք չեն պահանջում լիցենզավորված բուժքույր կամ քերականի հմտություններ, ինչպիսիք են անձնական խնամքի հարցում օգնությունը (օրինակ՝ լողացնելը, գուգարանից օգտվելը, հագնվելը կամ նշանակված վարժությունները կատարելը):

Հոսպիս: Նպաստ, որը հատուկ բուժում է տրամադրում այն անդամին, ով ստացել է բժշկական հաստատում, որ անբուժելի հիվանդ է, ինչը նշանակում է, որ ունի 6 ամիս կամ պակաս կյանք: Մենք՝ ձեր պլանը, պետք է ձեզ տրամադրենք ձեր աշխարհագրական տարածքում գտնվող հոսպիտալների ցանկը: Եթե դուք ընտրում եք հոսպիտալ շարունակում եք վճարել հավելավճարները, դուք դեռ մեր պլանի անդամ եք: Դուք կարող եք ստանալ բոլոր անհրաժեշտ բժշկական ծառայությունները, ինչպես նաև մեր կողմից առաջարկվող լրացուցիչ նպաստները:

Հիվանդանոցային ստացիոնար բուժում: Հիվանդանոցային բուժում, երբ դուք պատճենապես հոսպիտալացվել եք՝ որակավորված բժշկական ծառայություններ ստանալու համար: Նույնիսկ եթե գիշերը մնաք հիվանդանոցում, դեռ կարող եք համարվել անբուժատոր բուժառու:

Եկամուտով պայմանավորված ամսական հագրուման գումար (IRMAA): Եթե ձեր IRS հարկային հայտարարագրում 2 տարի առաջ նշված փոփոխված հագրուման համախառն եկամուտը գերազանցում է որոշակի գումարը, դուք կվճարեք ստանդարտ ապահովագրավճարի գումարը և եկամտի հետ կապված ամսական հագրուման գումարը, որը հայտնի է նաև որպես IRMAA: IRMAA-ն ձեր ապահովագրավճարին ավելացված լրացուցիչ գանձում է: Medicare ունեցող մարդկանց 5%-ից պակասի նկատմամբ է այն կիրառելի, ուստի մարդկանց մեծ մասը չի վճարի ավելի բարձր հավելավճար:

Սկզբնական ապահովագրության սահմանաչափ: Փոխհատուցման առավելագույն սահմանաչափը Սկզբնական ապահովագրության փառում:

Նախնական գրանցման ժամանակաբաժան: Medicare-ից օգտվելու առաջին անգամ իրավունակություն ստանալուց հետո այն ժամանակահատվածը, որի ընթացքում կարող եք գրանցվել Medicare Part A և Part B-ի համար: Երբ լրանում է ձեր 65 տարեկանը և ստանում եք Medicare-ից օգտվելու իրավունակություն, ձեր Նախնական գրանցման ժամանակաբաժանը 7 ամիս է՝ սկսած ձեր 65 տարեկանը լրանալու ամսից 3 ամիս առաջ, ներառյալ ձեր 65 տարեկանը լրանալու ամիսը, որն ավարտվում է ձեր 65 տարին լրանալու ամսից 3 ամիս անց:

Ինտեգրված D-SNP: D-SNP, որն ընդգրկում է Medicare-ը և Medicaid-ի բոլոր ծառայությունները կամ դրանց մեծ մասը մեկ առողջության ապահովագրական պլանի շրջանակներում որոշակի խմբերի անհատների համար, որոնք ունեն և՛ Medicare-ի, և՛ Medicaid-ի իրավունակություն: Այս անհատները հայտնի են նաև որպես բոլոր նպաստներով երկակի իրավունակություն ունեցող անձինք:

Գլուխ 12: Սահմանումներ

Institutional Special Needs Plan (I-SNP): I-SNPs-ը սահմանափակում են գրանցումը միայն այն անձանց համար, ովքեր իրավասու են MA-ին և ապրում են համայնքում, սակայն կարիք ունեն այնպիսի խնամքի մակարդակի, ինչպիսին հաստատությունն է առաջարկում, կամ ովքեր ապրում են (կամ ակնկալվում է, որ կապրեն) առնվազն 90 օր անընդմեջ որոշ երկարաժամկետ հաստատություններում: I-SNPs ներառում են պլանների հետևյալ տեսակները՝ Ինստիտուցիոնալ համարժեք SNPs (IE-SNPs) հիբրիդային ինստիտուցիոնալ SNPs (HI-SNPs) և Հաստատության վրա հիմնված ինստիտուցիոնալ SNPs (FI-SNPs):

Institutional-Equivalent Special Needs Plan (IE-SNP): IE-SNP-ը սահմանափակում է գրանցումը միայն այն անձանց համար, ովքեր իրավասու են MA-ին և ապրում են համայնքում, սակայն կարիք ունեն հաստատության առաջարկած խնամքի մակարդակի:

Փոխարինելի կենսանմանակներ: Կենսանման, որը կարող է դեղատան կողմից օգտագործվել որպես օրիգինալ կենսանման դեղամիջոցի փոխարինող՝ առանց նոր դեղատոմսի անհրաժեշտության, քանի որ այն համապատասխանում է ավտոմատ փոխարինման հնարավորության հետ կապված լրացուցիչ պահանջներին: Դեղատանը ավտոմատ փոխարինումը կարգավորվում է նահանգի օրենսդրությամբ:

Փոխհատուցվող դեղերի ցուցակ (Դեղաբանական տեղեկատու կամ դեղացանկ): Պլանի կողմից ապահովագրված դեղատոմսային դեղացանկ:

Ցածր եկամուտ ունեցողների սուբսիդիա (LIS): Տե՛ս «Լրացուցիչ օգնությունը»:

Արտադրող գեղչային ծրագիր: Ծրագիր, որի շնորհիվ դեղերի արտադրողները վճարում են D մասի ապրանքանիշային դեղերի և կենսաբանական պատրաստուկների համար նախատեսված պլանի ամբողջական արժեքի մի մասը: Ձեռքերը հիմնված են նահանգի կառավարության և դեղերի արտադրողների միջև համաձայնագրերի վրա:

Առավելագույն արդար գին: Գին, որը Medicare-ը բանակցել է ընտրված դեղամիջոցի համար:

Անդամի կողմից վճարվող առավելագույն գումար: Առավելագույն գումարը, որը դուք եք վճարում փոխհատուցվող ծառայությունների համար օրացուցային տարվա ընթացքում: Ձեր պլանի ապահովագրավորները ինչպես նաև Medicare Part A և Part B-ի ապահովագրավորները և դեղատոմսային դեղերի համար վճարած գումարները չեն հաշվարկվում անձնական ծախսերի առավելագույն սահմանաչափի մեջ: Եթե դուք իրավասու եք Medicare-ի ծախսերի աջակցման ծրագրի համար Medicaid-ի շնորհակերտում, ապա պատասխանատու չեք A և B մասերով փոխհատուցված ծառայությունների համար նախատեսված առավելագույն գումարի դիմաց ձեր գրպանից կատարված որևէ ծախս վճարելու համար: (Նշում. հաշվի առնելով, որ մեր անդամները նաև աջակցություն են ստանում Medicaid-ից, շատ ֆիչ անդամներ են երբևէ հասնում անձնական ծախսերի առավելագույն սահմանաչափին):

Medicaid (կամ բժշկական օգնություն): Համատեղ դաշնային և նահանգային ծրագիր, որը օգնում է բժշկական ծախսերի հարցում ցածր եկամուտ և սահմանափակ միջոցներ ունեցող որոշ մարդկանց: Medicaid-ի նահանգային ծրագրերը տարբեր են, սակայն առողջապահական խնամքի ծառայությունների ծախսերի մեծ մասը փոխհատուցվում է, եթե Դուք համապատասխանում եք և՛ Medicare-ի, և՛ Medicaid-ի պահանջներին:

Բժշկական տեսանկյունից ընդունելի ցուցում: Դեղամիջոցի օգտագործում, որը կամ հաստատված է Սննդի և դեղերի վարչության (FDA) կողմից, կամ աջակցվում է որոշակի հղումներով, ինչպիսիք են Ամերիկյան հիվանդանոցային դեղատոմսով ծառայության դեղերի տեղեկատվությունը և Micromedex DRUGDEX տեղեկատվական համակարգը:

Բժշկական ցուցումներով պահանջված: Ծառայություններ, պարագաներ կամ դեղամիջոցներ, որոնք անհրաժեշտ են ձեր առողջական վիճակի կանխարգելման, ախտորոշման կամ բուժման համար և համապատասխանում են բժշկական պրակտիկայի ընդունված չափանիշներին:

Medicare: Բժշկական ապահովագրության դաշնային ծրագիր 65 տարեկան կամ ավելի մեծ տարիքի մարդկանց, 65 տարեկանից ցածր հաշմանդամություն ունեցող որոշ մարդկանց և վերջին ստադիայի երիկամային հիվանդություն (հիմնականում մշտական երիկամային անբավարարություն ունեցողները, որոնք դիալիզի կամ երիկամի փոխպատաստման կարիք ունեն) ունեցող մարդկանց համար:

Medicare Advantage-ի բաց գրանցման ժամանակաշրջան: Հունվարի 1-ից մարտի 31-ը ժամանակահատվածը, երբ Medicare Advantage ծրագրի անդամները կարող են չեղարկել իրենց անդամակցությունը պլանում և անցնել Medicare Advantage-ի մեկ այլ ծրագրի կամ ստանալ ապահովագրություն Original Medicare-ի միջոցով: Եթե այս ժամանակահատվածում որոշեք անցնել Original Medicare-ի, այդ ժամանակ կարող եք նաև միանալ առանձին Medicare դեղատոմսային դեղերի պլանի: Medicare Advantage-ի բաց գրանցման ժամանակաշրջանը հասանելի է նաև անձի՝ առաջին անգամ Medicare-ի իրավունակություն ստանալուց հետո 3 ամսվա ընթացքում:

Medicare Advantage (MA) պլան: Երբեմն կոչվում է Medicare Part C: Սա մասնավոր ընկերության կողմից առաջարկվող ծրագիր է, որը պայմանագիր է կնքել Medicare-ի հետ՝ ձեզ տրամադրելու Medicare Part A և Մաս B բոլոր նպաստները: Medicare Advantage ծրագիրը կարող է լինել i) HMO, ii) PPO, iii) մասնավոր վճարովի ծառայության (PFFS) ծրագիր կամ iv) Medicare բժշկական խնայողական հաշվի (MSA) ծրագիր: Այս տեսակի ծրագրերից ընտրություն կատարելուց բացի, Medicare Advantage HMO կամ PPO պլանը կարող է նաև լինել հատուկ կարիքների ծրագիր (SNP): Շատ դեպքերում, Medicare Advantage պլանները նաև առաջարկում են Medicare Part D (դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթ): Այս ծրագրերը կոչվում են **Medicare Advantage պլաններ՝ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթով:**

Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայություններ: Medicare Part A-ով և Part B-ով փոխհատուցվող ծառայություններ: Medicare-ի բոլոր առողջապահական պլանի տարբերակները պետք է ծածկեն Medicare Part A-ով և Part B-ով փոխհատուցվող բոլոր ծառայությունները: Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայություններ տերմինը չի ներառում Medicare Advantage պլանի կողմից առաջարկվող լրացուցիչ նպաստները, ինչպիսիք են տեսողության, ատամնաբուժական կամ լսողության ծառայությունները:

Medicare-ի առողջության ապահովագրական պլան: Medicare-ի առողջության ապահովագրական պլանն առաջարկվում է մասնավոր ընկերության կողմից, որը պայմանագիր է կնքել Medicare-ի հետ՝ Medicare-ի ծրագրում ընդգրկված անձանց A և B մասերի նպաստներ տրամադրելու համար: Այս տերմինը ներառում է բոլոր Medicare Advantage պլանները, Medicare Cost պլանները, Հատուկ կարիքների ծրագրերը, ցուցադրական/փորձնական ծրագրերը և տարեցների համար համապարփակ խնամքի ծրագրերը (PACE):

Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթ (Medicare Part D): Ապահովագրություն՝ ամբողջատոր Դեղատոմսային դեղերի, պատվաստանյութերի, կենսաբանական դեղամիջոցների և որոշ պարագաների համար, որոնք չեն ընդգրկվում Medicare Part A կամ B մասերում:

Դեղամիջոցների թերապևտիկ կառավարման (MTM) ծրագիր: Medicare Part D ծրագիր է, որը նախատեսված է բարդ առողջական կարիքներ ունեցող անձանց համար, ովքեր բավարարում են որոշակի պահանջներին կամ ընդգրկված են Դեղերի կառավարման ծրագրում: MTM ծառայությունները սովորաբար ներառում են բնակարանում՝ դեղագործի կամ առողջապահական մասնագետի հետ՝ դեղամիջոցների վերանայման նպատակով:

Medigap (Medicare Supplement Insurance) վկայագիր: Medicare Supplement Insurance, որը վճարվում է մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների կողմից Original Medicare-ի բացերը լրացնելու համար: Medigap-ի ապահովագրական պայմանագրերը գործում են միայն Original Medicare-ի հետ: (Medicare Advantage պլանը Medigap ապահովագրական պլան չէ):

Անդամ (մեր պլանի անդամ կամ պլանի անդամ): Medicare-ի անդամ, ով իրավունակ է ստանալ փոխհատուցվող ծառայություններ, գրանցվել է մեր ծրագրում և որի գրանցումը հաստատվել է Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոնների (CMS) կողմից:

Անդամների սպասարկման ծառայության հետ: Մեր պլանի շրջանակներում գործող բաժին, որը պատասխանատու է ձեր անդամակցության, նպաստների, բողոքների և վերաբերյալ բողոքարկումների վերաբերյալ ձեր հարցերին պատասխանելու համար:

Ցանցային դեղատուն: Դեղատուն, որը պայմանագրեր է կնքել մեր պլանի հետ, որտեղ մեր պլանի անդամները կարող են ստանալ իրենց դեղատոմսային դեղերը: Հիմնականում ձեր դեղատոմսերը ներառվում են ծածկույթում միայն այն դեպքում, եթե դրանք դուրս են գրվել մեր ցանցային դեղատներից մեկում:

Գլխիկ 12: Սահմանումներ

Ցանցային մատակարար: «Մատակարար» ընդհանուր տերմին է, որը կիրառվում է բժիշկների, այլ առողջապահական մասնագետների, հիվանդանոցների և այլ առողջապահական հաստատությունների դեպքում, որոնք լիցենզավորված կամ հավաստագրված են Medicare-ի և նահանգի կողմից՝ առողջապահական ծառայություններ մատուցելու համար: **Ցանցային մատակարարներն** ունեն համաձայնագրեր մեր պլանի հետ՝ ընդունելու մեր վճարումը որպես ամբողջական վճարում, իսկ որոշ դեպքերում՝ համակարգելու, ինչպես նաև մեր պլանի անդամներին մատուցելու փոխհատուցվող ծառայություններ: **Ցանցային մատակարարները** նաև կոչվում են պլանի մատակարարներ:

Տարեկան անդամագրման ժամանակահատված: Յուրաքանչյուր տարվա հոկտեմբերի 15-ից դեկտեմբերի 7-ը ընկած ժամանակահատվածը, երբ անդամները կարող են փոխել իրենց առողջության կամ դեղերի ապահովագրական պլանը կամ անցնել Original Medicare-ին:

Կազմակերպության որոշում: Մեր պլանի կողմից կայացվող որոշում այն մասին, թե արդյո՞ք պարագաները կամ ծառայությունները ապահովագրված են, կամ որքան պետք է վճարե՞ք ապահովագրված ապրանքների կամ ծառայությունների համար: Սույն փաստաթղթում կազմակերպության վիճիտները կոչվում են ապահովագրության որոշումներ:

Բնական կենսաբանական արտադրանք: Կենսաբանական արտադրանք, որը հավանության է արժանացել FDA-ի կողմից և ծառայում է որպես համեմատություն այն արտադրողների համար, որոնք պատրաստում են կենսամանր տարբերակ: Այն նաև կոչվում է ռեֆերենս արտադրանք:

Original Medicare (Ավանդական Medicare կամ Medicare-ի անվճար ծառայության): Original Medicare-ը առաջարկվում է կառավարության կողմից, այլ ոչ թե մասնավոր առողջության ապահովագրական պլանի կողմից, ինչպիսիք են Medicare Advantage պլանները և դեղատոմսային դեղերի պլանները: Original Medicare-ի համաձայն, Medicare-ի ծառայությունների դիմաց վճարումները բժիշկներին, հիվանդանոցներին և այլ բուժօգնության մատակարարներին կատարվում են Կոնգրեսի կողմից սահմանված վճարային գումարներից: Կարող եք օգտվել Medicare-ն ընդունող ցանկացած բժշկի, հիվանդանոցի կամ այլ բուժօգնության մատակարարի ծառայություններից: Դուք պետք է վճարե՞ք չհատուցվող վճարը: Medicare-ը վճարում է Medicare-ի կողմից հաստատված գումարի իր բաժինը, և դուք վճարում եք ձեր բաժինը: Original Medicare-ն ունի 2 մաս. Մաս A-ն (Հիվանդանոցային ապահովագրություն) և Մաս B-ն (Բժշկական ապահովագրություն) հասանելի են ամենուրեք Միացյալ Նահանգներում:

Ցանցից դուրս դեղատուն: Դեղատուն, որը մեր պլանի հետ պայմանագիր չունի մեր պլանի անդամներին ապահովագրված դեղերը համակարգելու կամ արամադրելու համար: Ցանցից դուրս դեղատներից ձեռք բերված դեղերի մեծ մասը չի ներառվում մեր ծրագրում, եթե որոշակի պայմաններ չեն կիրառվում:

Ցանցից դուրս մատակարար կամ ցանցից դուրս հաստատություն: Մատակարար կամ հաստատություն, որը մեր պլանի հետ պայմանագիր չունի մեր պլանի անդամներին փոխհատուցվող ծառայությունները համակարգելու կամ մատուցելու համար: Ցանցից դուրս մատակարարներն այն մատակարարներն են, որոնք չեն վարձվում, չեն պատկանում կամ չեն կառավարվում մեր պլանի կողմից:

Ձեր գրպանից վճարվող ծախսեր: Տե՛ս վերևում «Ծախսերի մասնաբաժին» սահմանումը: Անդամի կողմից ստացված ծառայությունների կամ դեղերի մի մասի համար ծախսերի համատեղ վճարման պահանջը կոչվում է նաև անդամի «գրպանից վճարելու» ծախսերի պահանջ:

Ձեր գրպանից վճարվող ծախսերի շեմ: D մասի դեղերի համար ձեր գրպանից վճարվող առավելագույն գումարը:

Մաս C: Տե՛ս Medicare Advantage (MA) պլանը:

Մաս D: Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի նպաստի կամավոր ծրագիրը:

Մաս D դեղեր: Դեղեր, որոնք կարող են ապահովագրվել D մասի շրջանակներում: Մենք կարող ենք առաջարկել կամ չառաջարկել D մասի բոլոր դեղերը: Կոնգրեսի կողմից դեղերի որոշակի անվանակարգեր բացառվել են D մասի ապահովագրությունից: D մասի դեղերի որոշակի անվանակարգեր պետք է ներառվեն յուրաքանչյուր ծրագրում:

Մաս D-ի ուժ գրանցման տույժ: Medicare-ի դեղերի ապահովագրական ծածկույթի համար ձեր ամսական ապահովագրվողին ավելացված գումար, եթե դուք չունե՞ք հավաստի ապահովագրություն (ապահովագրություն, որը, ենթադրվում

է, միջինում կվճարի առնվազն **Medicare**-ի ստանդարտ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթի համար) **63** կամ ավելի օր անընդմեջ՝ առաջին անգամ **D** մասի իրավունակություն ստանալուց հետո: Եթե կորցնեք “Լրացուցիչ օգնությունը”, հնարավոր է՝ ենթարկվեք ուժ գրանցման տույժին, եթե **63** կամ ավելի օր անընդմեջ մնաք առանց Մաս **D**-ի կամ դեղատոմսային դեղերի վճարովի այլ ապահովագրության:

Preferred Provider Organization (PPO) պլան: Նախընտրելի մատակարար կազմակերպության ծրագիրը **Medicare Advantage** ծրագիր է, որն ունի պայմանագրային մատակարարների ցանց, որոնք համաձայնել են բուժել ծրագրի անդամներին որոշակի գումարի դիմաց: **PPO** պլանը պետք է ներառի պլանի բոլոր նպաստները՝ անկախ նրանից, թե դրանք ստացվում են ցանցային, թե ցանցից դուրս մատակարարներից: Անդամների ծախսերի բաշխումը, որպես կանոն, ավելի բարձր է, երբ պլանի նպաստները ստանում եք ցանցից դուրս մատակարարներից: **PPO** ծրագրերը տարեկան սահմանափակում ունեն ցանցային (նախընտրելի) մատակարարներից ստացված ծառայությունների համար ձեր գրպանից կատարվող ծախսերի համար և ավելի բարձր սահմանաչափ՝ ցանցային (նախընտրելի) և ցանցից դուրս (ոչ նախընտրելի) մատակարարներից ստացված ծառայությունների համար ձեր գրպանից կատարվող ընդհանուր ծախսերի համար:

Ապահովագրավոր: Առողջության կամ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթի համար **Medicare**-ին, ապահովագրական ընկերությանը կամ առողջապահական պլանին կատարվող պարբերական վճարումը:

Կանխարգելիչ ծառայություններ: Առողջապահական ծառայություններ, որոնք ուղղված են հիվանդությունների կանխմանը կամ վաղ փուլում հայտնաբերմանը, երբ բուժումը առավել արդյունավետ է (օրինակ՝ կանխարգելիչ ծառայությունները ներառում են Պապ թեստեր, գրիպի պատվաստումներ և մամոգրաֆիայի սկրինինգներ):

Առաջնային բուժօգնության մատակարար (PCP): Բժիշկը կամ այլ մատակարար, որին դուք առաջինը դիմում եք առողջական խնդիրների մեծ մասի դեպքում: **Medicare**-ի շատ առողջապահական ծրագրերում դուք պետք է այցելեք ձեր առաջնային բուժօգնության մատակարարին, նախքան որևէ այլ բուժօգնության մատակարարի դիմելը:

Նախնական թույլտվություն: Նախնական հաստատում՝ ծառայություններ կամ որոշակի դեղեր ստանալու համար: Նախնական հաստատում պահանջող փոխհատուցվող ծառայությունները նշված են **4**-րդ գլխի Բժշկական նպաստի աղյուսակում: Նախնական հաստատում պահանջող ապահովագրված դեղերը նշված են դեղացանկում, իսկ մեր չափանիշները՝ մեր կայքում:

Պրոբեզներ և օրոպեդիկ պարագաներ: Բժշկական սարքեր, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով՝ ձեռքի, մեջքի և պարանոցի ամրակներ, արհեստական վերջույթներ, արհեստական աչքեր և սարքեր, որոնք անհրաժեշտ են մարմնի ներքին մասը կամ գործառույթը փոխարինելու համար, ներառյալ ստոմայի պարագաները և էնտերալ և պարենտերալ սննդային թերապիան:

Որակի բարելավման կազմակերպությունը (QIO): Գործող բժիշկների և առողջապահության ոլորտի այլ փորձագետների խումբ է, որոնց վճարում է դաշնային կառավարությունը՝ **Medicare**-ի հիվանդներին մատուցվող առողջապահական ծառայությունների որակը ստուգելու և բարելավելու նպատակով:

Քանակի սահմանափակումներ: Կառավարման գործիք, որը նախատեսված է ընտրված դեղերի օգտագործումը սահմանափակելու համար՝ որակի, անվտանգության կամ օգտագործման նկատառումներից ելնելով: Սահմանափակումները կարող են վերաբերել դեղի քանակին, որը մեկ ապահովագրում երբ մեկ դեղատոմսով կամ որոշակի ժամանակահատվածի համար:

«Իրական ժամանակում աշխատող նպաստի գործիք»: Պորտալ կամ համակարգչային հավելված, որտեղ գրանցվածները կարող են փնտրել ամբողջական, հեզդրիս, ժամանակին, կլինիկային համապատասխան, գրանցվածներին հատուկ **Ապահովագրված** դեղերի և նպաստների մասին տեղեկություն: Սա ներառում է ծախսերի բաշխման գումարները, այլընտրանքային դեղատոմսային դեղերը, որոնք կարող են օգտագործվել նույն հիվանդության համար, ինչ տվյալ դեղը, և այլընտրանքային դեղերի նկատմամբ կիրառվող ապահովագրության սահմանափակումները (նախնական հաստատում, փուլային թերապիա, քանակական սահմանափակումներ):

Ուղեգիր: Գրավոր հանձնարարական է, որը տալիս է ձեր հիմնական բժիշկը՝ մասնագետի մտ գնալու կամ որոշ բուժապասարկում ստանալու համար: Եթե ուղեգիր չունեք, մեր ծրագիրը կարող է չվճարել մասնագետի ծառայությունների համար:

Վերականգնողական ծառայություններ: Այս ծառայությունները ներառում են ֆիզիոթերապիա (ամբուլատոր), խոսքի և լեզվի թերապիա և էրգոթերապիա:

Ընտրված դեղամիջոց: Մաս D-ով փոխհատուցվող դեղամիջոց, որի համար Medicare-ը բանակցել է առավելագույն արդար գին:

Սպասարկման տարածք: Աժխարհագրական տարածք, որտեղ պետք է ապրեք որոշակի առողջապահական պլանին անդամակցելու համար: Սահմանափակ բանակով բժիշկներ և հիվանդանոցներ առաջարկող պլանների համար դա հիմնականում նաև այն տարածքն է, որտեղ կարող եք ստանալ ստանդարտ (ոչ արտակարգ) ծառայություններ: Պլանը պետք է դադարեցնի ձեր անդամակցությունը, եթե մտապետեք հեռանալ եք պլանի սպասարկման տարածքից:

Որակավորված բուժօւյրական խնամքի հաստատության (SNF) խնամք: Որակավորված բուժօւյրական խնամքի և վերականգնողական ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են շարունակական, ամենօրյա հիմունքներով, որակավորված բուժօւյրական խնամքի հաստատությունում: Խնամքի օրինակները ներառում են ֆիզիոթերապիա կամ ներերակային ներարկումներ, որոնք կարող են տրվել միայն գրանցված բուժօւյր կամ բժշկի կողմից:

Հատուկ կարիքների պլան: Medicare Advantage պլանի հատուկ տեսակ, որը տրամադրում է ավելի կենտրոնացված առողջապահական խնամք մարդկանց որոշակի խմբերի համար, ինչպիսիք են նրանք, ովքեր ունեն և՛ Medicare, և՛ Medicaid, ովքեր բնակվում են ձեր նահանգում կամ ովքեր ունեն որոշակի բնակիչ հիվանդություններ:

Քայլ առ քայլ թերապիա: Օգտագործման գործիք, որը պահանջում է, որ դուք նախ փորձեք մեկ այլ դեղամիջոց ձեր հիվանդության բուժման համար, նախքան մեր կողմից ձեր բժշկի ի սկզբանե նշանակված դեղամիջոցի փոխհատուցումը:

Լրացուցիչ անվտանգության եկամուտ (SSI): Սոցիալական ապահովության կողմից վճարվող ամսական նպաստ, որը վճարվում է սահմանափակ եկամուտ և միջոցներ ունեցող անձանց, ովքեր հաշմանդամ են, կույր կամ 65 և ավելի տարեկան են: SSI նպաստները նույնը չեն, ինչ Սոցիալական ապահովության նպաստները:

Շտապ անհրաժեշտ ծառայություններ: Անհապաղ բժշկական օգնություն պահանջող, բայց ոչ արտակարգ իրավիճակ համարվող ծառայությունը հրատապ անհրաժեշտ ծառայություն է, եթե դուք ժամանակավորապես գտնվում եք պլանի սպասարկման տարածքից դուրս, կամ հաշվի առնելով պահը, ձեր գտնվելու վայրը և հանգամանքներն անհիմն է այս ծառայությունը ստանալ այն ցանցային մատակարարներից, որոնց հետ պլանը պայմանագիր է կնքել: Շտապ անհրաժեշտ ծառայությունների օրինակները անկանխատեսելի հիվանդությունները և վնասվածքներն են կամ գոյություն ունեցող հիվանդությունների անսպասելի սրացումները: Այնուամենայնիվ, բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ընթացիկ մատակարարների այցելությունները (ինչպիսիք են տարեկան ստուգումները) հրատապ չեն համարվում, նույնիսկ եթե դուք գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս կամ ծրագրի ցանցը ժամանակավորապես անհասանելի է:

Լրացուցիչ կարևոր տեղեկատվություն՝ առողջապահության
և անդամների ռեսուրսների վերաբերյալ

- Հասանելիության մասին ծանուցում (NOA)՝ Լեզվի աջակցման ծառայություններ
- Ծանուցում խտրականության բացառման մասին (NDN)՝ Բաժին 1557
- Գաղտնիության կանոնների վերաբերյալ ծանուցում (NPP)

Central Health Plan

Խտրականությունը հակասում է օրենքին: Central Health Plan-ը հետևում է քաղաքացիական իրավունքների նահանգային և դաշնային օրենքներին: Central Health Plan-ը անօրինականորեն խտրականություն չի դրսևորում, չի բացառում մարդկանց կամ նրանց այլ կերպ չի վերաբերվում սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային ծագման, էթնիկ խմբի պատկանելության, տարիքի, մտավոր կամ ֆիզիկական հաշմանդամության, առողջական վիճակի, գենետիկական տվյալների, ընտանեկան կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով:

Central Health Plan-ը տրամադրում է՝

- Հաշմանդամություն ունեցող անձանց ժամանակին և անվճար օգնություններ ու ծառայություններ՝ օգնելու նրանց ավելի լավ հաղորդակցվել, օրինակ՝
 - Ժեստերի լեզվի որակավորված թարգմանիչներ
 - Գրավոր տեղեկություններ այլ ձևաչափերով (մեծ տառաչափով, ձայնագրությամբ, մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափերով և այլն)
- Ոչ անգլախոս անձանց համար ժամանակին և անվճար ծառայություններ, ինչպիսիք են՝
 - Որակավորված բանավոր թարգմանիչներ
 - Գրավոր տեղեկություններ այլ լեզուներով

Այս ծառայությունների անհրաժեշտության դեպքում դիմեք Central Health Plan-ին՝ զանգահարելով 1-866-314-2427 հեռախոսահամարով 8:00 a.m. - 8:00 p.m. ընկած ժամերին: Խոսքի կամ լսողության հետ կապված խնդիրների դեպքում խնդրում ենք զանգահարել 711 հեռախոսահամարով: Պահանջելու դեպքում այս փաստաթուղթը կարող է ձեզ հասանելի լինել բրայլյան գրով, խոշոր տառաչափով, ձայններիզով կամ էլեկտրոնային տարբերակով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով պատճենը ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարեք կամ գրեք հետևյալ հասցեով՝

Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Հեռախոսով՝ 1-866-606-3889: Խոսքի կամ լսողության հետ կապված խնդիրների դեպքում խնդրում ենք զանգահարել 711 հեռախոսահամարով:

ԻՆՉՊԵՍ ԲՈՂՈՔ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ

Եթե կարծում եք, որ Central Health Plan-ը չի մատուցել այս ծառայությունները կամ այլ կերպ անօրինականորեն խտրականություն է դրել սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային ծագման, էթնիկ խմբի պատկանելության, տարիքի, մտավոր կամ ֆիզիկական հաշմանդամության, առողջական վիճակի, գենետիկական տվյալների, ընտանեկան կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով, ապա կարող եք բողոք ներկայացնել Central Health Plan-ի Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողին: Կարող եք բողոք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր, անձամբ կամ էլեկտրոնային եղանակով՝

- **Հեռախոսով՝** Կապ հաստատեք Central Health Plan-ի Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողի հետ 8:30 a.m. - 5:30 p.m. ընկած ժամերին՝ զանգահարելով 1-866-606-3889 հեռախոսահամարով: Կամ խոսքի կամ լսողության հետ կապված խնդիրների դեպքում խնդրում ենք զանգահարել 711 հեռախոսահամարով:

- **Գրավոր`** Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ գրեք նամակ և ուղարկեք հետևյալ հասցեով`
Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
- **Անձամբ`** Այցելեք ձեր բժշկի գրասենյակ կամ Central Health Plan և ասեք, որ ցանկանում եք բողոք ներկայացնել:
- **Էլեկտրոնային եղանակով`** նամակ ուղարկեք հետևյալ էլ. հասցեով`
Civil.Rights@MolinaHealthcare.com: Կարող եք նաև այցելել Central Health Plan-ի կայք`
MolinaHealthcare.Alertline.com:

ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ – ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ CALIFORNIA ՆԱՀԱՆԳԻ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների վերաբերյալ բողոք ներկայացնել Առողջապահական ծառայությունների California նահանգի վարչություն և Քաղաքացիական իրավունքների պաշտպանության գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով.

- **Յեռախոսով`** Չանգահարեք 916-440-7370 հեռախոսահամարով: Խոսքի կամ լսողության հետ կապված խնդիրների դեպքում խնդրում ենք զանգահարել 711 (Յեռահաղորդակցության ռեկեյթին ծառայություն) հեռախոսահամարով:
- **Գրավոր`** Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ ուղարկեք նամակ`
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

Բողոքարկման ձևաթղթերը հասանելի են այստեղ` [DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx):

- **Էլեկտրոնային եղանակով`** նամակ ուղարկեք հետևյալ էլ. հասցեով` CivilRights@dhcs.ca.gov:

ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ – ԱՄՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՊԱՐՏԱՄԵՆՏ

Եթե կարծում եք, որ ձեր հանդեպ խտրականություն է դրսևորվել ռասայի, մշակի գույնի, ազգային պատկանելության, տարիքի կամ հաշմանդամության կամ սեռի պատճառով, ապա կարող եք քաղաքացիական իրավունքների վերաբերյալ բողոքարկում (բողոք) ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների դեպարտամենտ և Քաղաքացիական իրավունքների պաշտպանության գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով.

- **Յեռախոսով`** Չանգահարեք 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: Խոսքի կամ լսողության հետ կապված խնդիրների դեպքում խնդրում ենք զանգահարել TTY/TDD` 1-800-537-7697:
- **Գրավոր`** Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ ուղարկեք նամակ`
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Բողոքարկման ձևաթղթերը հասանելի են այստեղ` [HHS.gov/ocr/office/file/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html):

- **Էլեկտրոնային եղանակով`** Այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների պաշտպանության գրասենյակի Բողոքարկումների հարթակ` [OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://www.OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf):

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

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-866-314-2427(TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-314-2427(TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-866-314-2427، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنك الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير، اتصل بـ 1-866-314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنك الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպատառով տրամադրվող նյութեր: Տվյալ դեպքում զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរដុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌هایی به خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-866-314-2427(TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は 1-866-314-2427(TTY: 711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。1-866-314-2427(TTY: 711)までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕໂຟມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-866-314-2427(TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-866-314-2427(TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-866-314-2427(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-314-2427(TTY: 711)'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-866-314-2427 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-866-314-2427 (TTY: 711). Такие услуги = бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-314-2427 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-866-314-2427 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-314-2427 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-866-314-2427 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyo ng ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-866-314-2427 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-866-314-2427 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

ԱՆՁՆԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆՈՆՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ՄԵՋ ՆԵՐԿԱՅՑՑՎԱԾ Է, ԹԵ ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ ԵՆ ՁԵՐ ՄԱՍԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՆ ԵՐՆ ԵՐԱՊԵՐՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ԲԱՅԱՀԱՅՏՎԵԼ, ԵՎ ԹԵ ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ԱՅՍ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՆ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՆԱԼ: ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՈՒՇԱԳԻՐ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐԵԼ ԱՅՆ:

Այս ծանուցման մեջ ներկայացված է Molina Healthcare-ի փոխկապակցված առողջապահական պլանների անձնական տվյալների պաշտպանության կանոնները (այսուհետ՝ «Molina», «մենք» կամ «մեր»): Մենք օգտագործում և փոխանցում ենք ձեր պաշտպանված բժշկական տեղեկությունները («PHI») որպես Molina-ի անդամ ձեր առողջության նպաստները տրամադրելու համար: Մենք օգտագործում և փոխանցում ենք ձեր PHI-ն բուժման, վճարման և առողջապահական գործողություններ իրականացնելու համար: Մենք նաև օգտագործում և փոխանցում ենք ձեր PHI-ն օրենքով թույլատրված և պահանջվող այլ պատճառներով: Մենք պարտավոր ենք գաղտնի պահել ձեր բժշկական տեղեկատվությունը և հետևել սույն Ծանուցման դրույթներին: Սույն ծանուցումն ուժի մեջ է մտնում 2026 թվականի հունվարի 1-ին:

PHI-ը առողջապահական տեղեկություններ են, որոնք ներառում են ձեր անունը, անդամի համարը կամ այլ նույնականացուցիչներ, և օգտագործվում կամ փոխանցվում են մեր կողմից: PHI-ը ներառում է առողջության մասին տեղեկություններ նյութերի օգտագործման խանգարումների և կենսաչափական տվյալների (ինչպես օրինակ՝ ձայնային նմուշ) մասին:

Ինչո՞ւ ենք մենք օգտագործում կամ փոխանցում ձեր PHI-ը:

Մենք օգտագործում կամ փոխանցում ենք ձեր PHI-ը՝ առողջապահական նպաստներ տրամադրելու համար: Ձեր PHI-ն օգտագործվում կամ փոխանցում է նաև բուժման, վճարման և առողջապահական գործողությունների համար:

Բուժման համար

Մենք կարող ենք օգտագործել կամ փոխանցել ձեր PHI-ը՝ բուժխնամք տրամադրելու կամ կազմակերպելու համար: Այս բուժումը ներառում է նաև ձեր բժիշկների կամ այլ առողջապահական ծառայությունների մատակարարների միջև ուղեգրեր: Օրինակ՝ ձեր առողջական խնդրի մասին տեղեկությունները կարող ենք փոխանցել մասնագետին: Մա օգնում է մասնագետին խոսել ձեր բուժման մասին ձեր բժշկի հետ:

Վճարման համար

Կարող ենք օգտագործել կամ փոխանցել PHI-ը վճարման վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու համար: Մա կարող է ներառել հայտեր, բուժման հաստատումներ և բժշկական կարիքների վերաբերյալ որոշումներ: Ձեր անունը, առողջական խնդիրը, բուժումը և տրվող պարագաները կարող են գրանցվել վճարման հաշվում: Օրինակ՝ կարող ենք բժշկին տեղեկացնել, որ ստանում եք մեր նպաստները: Նաև բժշկին կտեղեկացնենք վճարման հաշվի այն գումարի չափի մասին, որը մենք ենք վճարելու:

Առողջապահական գործողությունների համար

Կարող ենք օգտագործել կամ փոխանցել ձեր մասին PHI-ը, որպեսզի վարենք մեր առողջապահական պլան(ներ)ը: Օրինակ՝ մենք կարող ենք օգտագործել ձեր հայտից ստացված տեղեկությունները,

Ուժի մեջ է մտնում 2026 թվականի հունվարի 1-ից

որպեսզի ձեզ տեղեկացնենք օգտակար առողջապահական ծրագրի մասին: Կարող ենք նաև օգտագործել կամ փոխանցել ձեր PHI-ը՝ ձեր խնդիրները լուծելու համար: Ձեր PHI-ը կարող է նաև օգտագործվել՝ պարզելու, որ պահանջները ճիշտ վճարվում են:

Առողջապահական գործողությունները ներառում են բազմաթիվ ամենօրյա բիզնես կարիքներ: Այն ներառում է, բայց չի սահմանափակվում հետևյալով՝

- Որակի բարելավում,
- Առողջապահական ծրագրերի գործողություններ՝ որոշակի հիվանդություններ (օրինակ՝ ալթիմա) ունեցող անդամներին օգնելու համար,
- Բժշկական ստուգման անցկացում կամ կազմակերպում,
- Իրավաբանական ծառայություններ, այդ թվում խարդախության և չարաշահումների հայտնաբերման և հետապնդման ծրագրեր,
- Գործողություններ, որոնք կօգնեն մեզ հնազանդվել օրենքներին,
- Անդամների կարիքների բավարարում, այդ թվում բողոքների և դժգոհությունների լուծում:

Մենք փոխանցում ենք ձեր PHI-ն այլ ընկերությունների («**բիզնես գործընկերներ**»), որոնք տարբեր տեսակի գործողություններ են իրականացնում մեր առողջապահական պլան(ներ)ի համար: Կարող ենք նաև օգտագործել ձեր PHI-ը, որպեսզի հիշեցումներ ուղարկենք նշանակված այցերի մասին: Կարող ենք օգտագործել ձեր PHI-ը՝ տեղեկություններ տրամադրելու ձեզ այլ բուժման(բուժումների) կամ առողջության հետ կապված այլ նպատակների ու ծառայությունների մասին:

Ե՞րբ կարող ենք օգտագործել կամ փոխանցել ձեր PHI-ը՝ առանց ձեզանից գրավոր թույլտվություն (հաստատում) ստանալու:

Բացի բուժման, վճարման և առողջապահական գործողություններից, օրենքը թույլ է տալիս կամ պահանջում է, որ Molina-ն օգտագործի և փոխանցի ձեր PHI-ը մի քանի այլ նպատակներով, այդ թվում՝

Պահանջվում է օրենքով

Մենք օգտագործում կամ փոխանցում ենք ձեր մասին տեղեկությունները՝ ըստ օրենքի պահանջի: Մենք փոխանցում ենք ձեր PHI-ը, եթե այն պահանջվում է Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների դեպարտամենտի (HHS) քարտուղարի կողմից: Սա կարող է լինել դատական գործի, իրավական այլ տեսակի վերանայման համար կամ երբ պահանջվում է օրենքի հարկադիր կիրառման նպատակներով:

Հանրային առողջություն

Ձեր PHI-ը կարող է օգտագործվել կամ փոխանցվել հանրային առողջապահական գործունեության համար: Սա կարող է լինել հիվանդությունը կանխարգելելու կամ վերահսկելու նպատակով հանրային առողջապահական գործակալություններին օգնելու համար:

Առողջապահական վերահսկողություն

Ձեր PHI-ը կարող է օգտագործվել կամ փոխանցվել պետական գործակալություններին: Նրանց կարող է անհրաժեշտ լինել ձեր PHI-ը աուդիտի համար:

Հետազոտություն

Ձեր PHI-ը հետազոտությունների համար կարող է օգտագործվել կամ փոխանցվել որոշ դեպքերում, օրինակ՝ անձնական տվյալների պաշտպանության կամ ինստիտուցիոնալ վերանայման խորհրդի կողմից հաստատվելու դեպքում:

Իրավական կամ վարչական վարույթներ

Ձեր PHI-ը կարող է օգտագործվել կամ փոխանցվել դատական վարույթների համար, օրինակ՝ դատական կարգադրությանն ի պատասխան:

Իրավապահ մարմիններ

Ձեր PHI-ը կարող է օգտագործվել կամ փոխանցվել ոստիկանությանը օրենքի հարկադիր կիրառման նպատակներով, օրինակ՝ կասկածյալ, վկա կամ անհայտ կորած անձ գտնելու համար:

Առողջություն և անվտանգություն

Ձեր PHI-ը կարող է փոխանցվել՝ կանխելու անձի կամ հասարակության առողջությանը կամ անվտանգությանը սպառնացող լուրջ և մոտալուտ վտանգը:

Պետական գործառույթներ

Ձեր PHI-ը կարող է փոխանցվել կառավարությանը հատուկ գործառույթների համար: Օրինակ՝ նախագահին պաշտպանելու համար:

Չարաշահման, անտեսման կամ ընտանեկան բռնության զոհեր

PHI-ը կարող է փոխանցվել իրավական մարմիններին, եթե կարծում ենք, որ անձը չարաշահման կամ անտեսման զոհ է:

Աշխատողների փոխհատուցում

Ձեր PHI-ը կարող է օգտագործվել կամ փոխանցվել՝ Աշխատողների փոխհատուցման օրենքներին հնազանդվելու համար:

Տեղեկությունների բացահայտման այլ դեպքեր

Ձեր PHI-ը կարող է փոխանցվել հուղարկավորություն կազմակերպող ընկերությունների տնօրեններին կամ դատաբժիշկներին՝ օգնելու նրանց կատարել իրենց աշխատանքը:

Օգտագործման և բացահայտման հավելյալ սահմանափակումներ:

Որոշ դաշնային և նահանգային օրենքներ կարող են պահանջել անձնական տվյալների հատուկ պաշտպանություն, որը սահմանափակում է որոշակի բժշկական տեղեկությունների օգտագործումն ու բացահայտումը: Այդ օրենքները կարող են պաշտպանել հետևյալ տեսակի տեղեկությունները՝ ալկոհոլի և նյութերի օգտագործման խանգարումներ, կենսաչափական տվյալներ, երեխայի կամ մեծահասակի բռնություն կամ անտեսում, այդ թվում սեռական ոտնձգություն, վարակիչ հիվանդություններ, գենետիկական տվյալներ, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ, հոգեկան առողջություն, անչափահասների տվյալներ, դեղատոմսեր, վերարտադրողական առողջություն և սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններ: Մենք հետևում ենք մեզ վերաբերող ավելի խիստ օրենքներին:

Տեղեկություններ նյութերի օգտագործման խանգարման (SUD) մասին: Չնայած դաշնային օրենսդրության համաձայն մենք նյութերի օգտագործման խանգարումների բուժման ծրագիր չենք («SUD ծրագիր»), սակայն կարող ենք SUD ծրագրից տեղեկություններ ստանալ ձեր մասին: Մենք չենք կարող բացահայտել SUD տեղեկությունները քաղաքացիական, քրեական, վարչական կամ օրենսդրական վարույթներում ձեր դեմ օգտագործելու համար, եթե չունենք (i) ձեր գրավոր համաձայնությունը կամ (ii) դատական կարգադրություն՝ մեր և ձեր կողմից ծանուցում և լսելի լինելու հնարավորություն ստանալուց հետո տրված դատական ծանուցման կամ տեղեկություններ բացահայտել պահանջող այլ իրավական պահանջագրի ուղեկցությամբ:

Ե՛րբ է անհրաժեշտ ձեր գրավոր թույլտվությունը (հաստատումը)՝ ձեր PHI-ը օգտագործելու կամ փոխանցելու համար:

Ձեր PHI-ը օգտագործելու կամ փոխանցելու համար մեզ անհրաժեշտ է ձեր գրավոր հաստատումը սույն Ծանուցման մեջ նշվածներից բացի այլ նպատակով: Նախքան PHI-ը բացահայտելն անհրաժեշտ է ձեր թույլտվությունը հետևյալի համար՝ (1) հոգեթերապիայի գրառումների մեծ մասի օգտագործում և բացահայտում, (2) օգտագործում և բացահայտում մարքեթինգային նպատակներով, և (3) օգտագործում և բացահայտում, որոնք ենթադրում են PHI-ի վաճառք: Կարող եք մեզ տրված գրավոր հաստատումը չեղարկել: Ձեր չեղարկումը չի ազդի մեր կողմից արդեն կատարված գործողությունների վրա՝ արդեն իսկ տրված հաստատման պատճառով:

Որո՞նք են ձեր բժշկական տեղեկություններին առնչվող իրավունքները:

Դուք իրավունք ունեք՝

- **Պահանջել սահմանափակումներ PHI-ի օգտագործման կամ բացահայտումների (ձեր PHI-ի փոխանցումը) վերաբերյալ**

Կարող եք խնդրել մեզ չփոխանցել ձեր PHI-ը՝ բուժման, վճարման կամ առողջապահական գործողություններ իրականացնելու համար: Կարող եք նաև խնդրել մեզ չփոխանցել ձեր PHI-ը ընտանիքի, ընկերների կամ ձեր կողմից նշված այլ անձանց հետ, որոնք ներգրավված են ձեր բուժինամքի գործում: Այնուամենայնիվ, մեզանից չի պահանջվում համաձայնել ձեր պահանջի հետ: Պետք է ներկայացնեք գրավոր պահանջ: Կարող եք ձեր պահանջը ներկայացնել մեր ձևաթղթով:

- **Պահանջել PHI-ի գաղտնի փոխանցում**

Ձեր PHI-ը գաղտնի պահելու համար կարող եք խնդրել Molina-ին այն տրամադրել որոշակի ձևով կամ վայրում: Մենք հետևում ենք ողջամիտ հայտերին, եթե մեզ տեղեկացնեք, թե այդ PHI-ը ամբողջությամբ կամ մասամբ փոխանցելը ինչպես կարող է վտանգել ձեր կյանքը: Պետք է ներկայացնեք գրավոր պահանջ: Կարող եք ձեր պահանջը ներկայացնել մեր ձևաթղթով:

- **Վերանայեք և պատճենեք ձեր PHI-ը**

Դուք իրավունք ունեք վերանայել և ստանալ մեր կողմից պահվող ձեր PHI-ի պատճենը: Սա կարող է ներառել ձեր՝ որպես մեր անդամի հետ կապված այնպիսի արձանագրություններ, որոնք օգտագործվում են փոխհատուցում կատարելիս, հայտերը բավարարելիս և այլ որոշումներ կայացնելիս: Պետք է ներկայացնեք գրավոր պահանջ: Կարող եք ձեր պահանջը ներկայացնել մեր ձևաթղթով: Կարող ենք ձեզանից ողջամիտ չափով վճար գանձել արձանագրությունները պատճենելու և փոստով ուղարկելու համար: Որոշ դեպքերում կարող ենք մերժել հայտը: *Կարևոր նշում. Մենք չունենք ձեր բժշկական արձանագրությունների ամբողջական պատճենները: Եթե ցանկանում եք նայել, ստանալ պատճենը կամ փոխել ձեր բժշկական արձանագրությունները, սպա խնդրում ենք դիմել ձեր բժշկին կամ կլինիկա:*

- **Փոփոխեք ձեր PHI-ը**

Կարող եք խնդրել, որ փոփոխենք (փոխենք) ձեր PHI-ը: Սա ներառում է միայն ձեր՝ որպես անդամի մասին մեր կողմից պահվող արձանագրությունները: Պետք է ներկայացնեք գրավոր պահանջ: Կարող եք ձեր պահանջը ներկայացնել մեր ձևաթղթով: Հայտի մերժվելու դեպքում կարող եք մեզ հետ չհամաձայնելու նամակ ուղարկել:

• Ստացեք PHI-ի բացահայտումների (ձեր PHI-ի փոխանցման) հաշվառումը

Կարող եք դիմել, որ տրամադրենք որոշակի կողմերի ցուցակ, որոնց փոխանցել ենք ձեր PHI-ը հայտ ներկայացնելուց առաջ վեց տարվա ընթացքում: Ցուցակում ներառված չէ PHI-ը, որը փոխանցվել է՝

- բուժման, վճարման կամ առողջապահական գործողությունների համար,
- անձանց իրենց սեփական PHI-ը,
- փոխանցում ձեր թույլտվությամբ,
- օգտագործման կամ բացահայտման դեպք, որն այլ կերպ թույլատրվում կամ պահանջվում է գործող օրենքների համաձայն,
- Ազգային անվտանգության շահերից ելնելով կամ հետախուզական նպատակներով բացահայտված PHI-ը, կամ
- որպես սահմանափակ տվյալների մաս, որոնք սահմանված են գործող օրենքների համաձայն:

Յուրաքանչյուր ցուցակի համար գանձում ենք ողջամիտ չափով վճար, եթե 12-ամսյա ժամանակահատվածում մեկից ավելի անգամ եք այն պահանջում: Պետք է ներկայացնեք գրավոր պահանջ: Կարող եք ձեր պահանջը ներկայացնել մեր ձևաթղթով:

Կարող եք ներկայացնել վերը նշված հայտերից որևէ մեկը կամ ստանալ սույն Ծանուցման թղթային պատճենը: Խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման ծառայություն ձեր ID քարտի հետևի կողմում նշված անվճար հեռախոսահամարով շաբաթը 7 օր տեղական ժամանակով 8 a.m. - 8 p.m.: TTY/ TDD օգտագործողներին խնդրում ենք զանգահարել 711 հեռախոսահամարով:

Ի՞նչ կարող եք անել, եթե ձեր իրավունքները չեն պաշտպանվել:

Կարող եք բողոք ներկայացնել մեզ և Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների դեպարտամենտ, եթե կարծում եք, որ խախտվել են ձեր տվյալների պաշտպանության իրավունքները: Մենք ձեր դեմ որևէ բան չենք անի բողոք ներկայացնելու համար: Ձեր խնամքն ու նպաստները ոչ մի կերպ չեն փոխվի:

Կարող եք մեզ բողոք ներկայացնել հետևյալ հասցեով՝

Չանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն ձեր ID քարտի հետևի կողմում նշված անվճար հեռախոսահամարով շաբաթը 7 օր տեղական ժամանակով 8 a.m. - 8 p.m.: TTY/TDD օգտագործողներին, խնդրում ենք զանգահարել 711 հեռախոսահամարով: Կամ գրեք մեզ հետևյալ հասցեով՝

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

Կարող եք բողոք ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների դեպարտամենտի քարտուղարին հետևյալ հասցեով՝

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

Որո՞նք են մեր պարտականությունները:

Մենք պարտավոր ենք՝

- Պահպանել ձեր PHI-ի գաղտնիությունը,
- Տալ այնպիսի գրավոր տեղեկություններ, ինչպիսին է ձեր PHI-ի վերաբերյալ մեր պարտականությունների և անձնական տվյալների պաշտպանության կանոնների վերաբերյալ սույն փաստաթուղթը,
- Ծանուցել ձեզ չպաշտպանված PHI-ի ցանկացած խախտման դեպքում,
- Չօգտագործել կամ չհրապարակել ձեր գենետիկական տվյալները ներքոնշյալ նպատակներով,
- Հետևեք սույն Ծանուցման դրույթներին:

Սույն ծանուցումը ենթակա է փոփոխման

Մենք իրավունք ունենք ցանկացած պահի փոխել սույն Ծանուցման տեղեկատվության կանոններն ու դրույթները: Այդ դեպքում նոր դրույթներն ու կանոնները հետագայում կիրառվում են մեր կողմից պահվող բոլոր PHI-երի նկատմամբ: Որևէ նյութական փոփոխություն կատարելու դեպքում վերանայված Ծանուցումը տեղադրում ենք մեր կայքում, իսկ դրանից հետո մեր կողմից ապահովագրված անդամներին հաջորդ տարեկան փոստային առաքումով ուղարկում ենք վերանայված Ծանուցումը կամ նյութական փոփոխության մասին տեղեկությունները և վերանայված Ծանուցման ստացման կարգը: Սույն Ծանուցումն առկա է մեր կայքում՝ www.molinahealthcare.com:

Կոնտակտային տվյալներ

Սույն Ծանուցման վերաբերյալ հարցեր ունենալու դեպքում խնդրում ենք կապ հաստատել մեզ հետ:

Չանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն ձեր ID քարտի հետևի կողմում նշված անվճար հեռախոսահամարով շաբաթը 7 օր տեղական ժամանակով 8 a.m. - 8 p.m.: TTY/TDD օգտագործողներին, խնդրում ենք զանգահարել 711 հեռախոսահամարով: Կամ գրեք հետևյալ հասցեով՝ Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802:

Այս փաստաթուղթն անվճար կարող եք ստանալ այլ ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոշոր տառաչափը, բրայլյան գիրը կամ ձայնագրությունը: Չանգահարեք (855) 882-3901, TTY/TDD՝ 711, շաբաթը 7 օր, տեղական ժամանակով 8 a.m. - 8 p.m.: Չանգն անվճար է:



Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) Անդամների սպասարկման ծառայություն

Մերող	Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ Կոնտակտային տվյալներ
ԶԱՆԳԱՀԱՆԲԲ	<p>(866) 314-2427</p> <p>Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են: Անդամների սպասարկման հեռախոսահամարը հասանելի է շուրջօրյա՝ 24/7: Եթե զանգահարում եք աշխատանքային ժամերից դուրս, կարող եք ձայնային հաղորդագրություն քաղել: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է շտապ օգնություն կամ գտնվում եք ճգնաժամային իրավիճակում, IVR-ն կուղարկի ձեզ դեպի բուժօգնության խորհրդատվության հեռախոսագիծ՝ լրացուցիչ, կենդանի աջակցություն ստանալու համար:</p> <p>Անդամների սպասարկման ծառայությունն ունի նաև թարգմանչի անվճար ծառայություններ, որոնք մատչելի են անգլերեն չխոսող անձանց համար:</p>
TTY	<p>711</p> <p>Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է:</p> <p>Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են:</p> <p>Նոսֆի և լսողության խնդիրներ ունեցող անձանց համար հաղորդակցման ազգային ծառայությունը հասանելի է օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:</p>
ՖԱՔՍ	(310) 507-6186
ԳՐԵՔ ՄԵԶ	<p>Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802</p>
ՎԵԲԿԱՅՔ	centralhealthplan.com

Ventura վարչաբջան. Ventura County Area Agency on Aging (California 's SHIP) նահանգային ծրագիր է, որը ֆինանսավորվում է դաշնային կառավարության կողմից՝ անվճար հիմունքներով, Medicare-ից օգտվող մարդկանց տեղական բժշկական ապահովագրության վերաբերյալ խորհրդատվություն մատուցելու համար:

Մերող	Կոնտակտային տվյալներ
ԶԱՆԳԱՀԱՆԲԲ	<p>Ventura վարչաբջան՝ (805) 477-7310</p> <p>Ventura վարչաբջան՝ երկուշաբթիից ուրբաթ. 8 a.m. - 5 p.m.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է:</p>
ԳՐԵՔ ՄԵԶ	<p>Ventura county: Ventura County Area Agency on Aging 4651 Telephone Road Ventura, CA 93003-9086 (805) 477-7310</p>

PRA Գաղտնիության բացահայտման հայտարարություն: Հստ Թղթաբանության կրճատման մասին 1995 թ. Օրենքի (Paperwork Reduction Act/PRA of 1995), տեղեկահավաք հարցմանը պատասխանելը պարտադիր չէ եթե այն OMB-ի (ԱՄՆ Նախագահի աշխատակազմի Կոտավորման և բյուջետային հարցերի գրասենյակ) վավեր հսկիչ համար չի կրում: Այս տեղեկահավաք հարցման OMB վավեր հսկիչ համարն է 0938-1051: Եթե այս թերթիկը բարելավելու կապակցությամբ առաջարկություններ կամ մեկնաբանություններ ունե՛ք, ապա խնդրում ենք գրավոր դիմել հետևյալ հասցեով՝ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850: