

2026

# Справочник участника плана

## *Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)*

California H5649-024-000

Округа Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Madera, Orange, Placer, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Solano, Stanislaus, Tulare и Yolo

Действует с 1 января по 31 декабря 2026 г.



1 января – 31 декабря 2026 г.

## Справочник участника плана на 2026 г.

### Медицинское обслуживание и услуги по программе Medicare, а также покрытие лекарственных препаратов для участника плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

Здесь подробно описаны все аспекты страхового покрытия, которое вы получаете с 1 января по 31 декабря 2026 г. по программе Medicare: медицинское обслуживание и покрытие лекарственных препаратов. **Это важный юридический документ. Храните его в надежном месте.**

Здесь объясняется, что и как покрывает наш план и какие права есть у участников плана. Этот документ поможет вам понять следующее:

- Каков размер страхового взноса по вашему плану и какова ваша часть софинансирования расходов
- Что относится к покрываемому обслуживанию и покрываемым препаратам
- Как подать жалобу, если вы недовольны обслуживанием или лечением
- Как связаться с нами
- Как еще защищает ваши права закон о программе Medicare

**С вопросами, касающимися этого документа, звоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427. (При использовании ТТУ набирайте 711.) График работы: с 1 октября по 31 марта — ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. С 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Звонки бесплатные.**

План Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) вам предлагает Central Health Plan of California, Inc. (Слова «мы», «нас» и другие формы этого местоимения в этом *Справочнике участника плана* относятся к Central Health Plan of California, Inc.. Когда в нем указано «план» или «наш план», это означает Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).)

Этот документ можно бесплатно получить в переводе на Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese.

Этот документ можно бесплатно получить в другом виде, например в переводе на другой язык, в виде аудиозаписи, напечатанным крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру (866) 314-2427 (ТТУ: 711). Звонки бесплатные.

С 1 января 2027 г. суммы страхового покрытия, и/или доплаты / доли стоимости могут измениться.

Наш фармакологический справочник, перечни сетевых аптек и/или поставщиков могут меняться в любое время. Вы будете уведомлены о любых изменениях, которые могут повлиять на вас, не менее чем за 30 дней.

Central Health Medicare Plan — это план HMO/HMO SNP по договору с Medicare. Регистрация в программе зависит от продления договора.

Molina Healthcare соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признаку расовой, этнической, национальной принадлежности, вероисповедания, гендерной идентичности, пола, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, факта получения медицинских услуг, истории страховых требований, истории болезни, генетической информации, доказательств страховой приемлемости, географического положения.

H5649\_26\_024\_CA\_EOC\_C

Утверждение OMB 0938-1051 (действительно до: 31 августа 2026 г.)



**Содержание****Справочник участника плана на 2026 г.****Содержание**

<b>ГЛАВА 1:</b>	<b>Для новых участников плана .....</b>	<b>4</b>
РАЗДЕЛ 1	Вы являетесь участником плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) .....	4
РАЗДЕЛ 2	Требования, которым должны отвечать участники плана .....	5
РАЗДЕЛ 3	Важные материалы для участников .....	7
РАЗДЕЛ 4	Обзор основных расходов .....	9
РАЗДЕЛ 5	Подробнее о ежемесячном страховом взносе по плану .....	14
РАЗДЕЛ 6	Своевременное сообщение представителям плана о любых изменениях .....	14
РАЗДЕЛ 7	Как другие страховые планы сотрудничают с нашим? .....	15
<b>ГЛАВА 2:</b>	<b>Телефонные номера и ресурсы .....</b>	<b>17</b>
РАЗДЕЛ 1	Контакты плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) .....	17
РАЗДЕЛ 2	Получение помощи от Medicare .....	20
РАЗДЕЛ 3	Программа State Health Insurance Assistance Program (SHIP) .....	21
РАЗДЕЛ 4	Организация повышения качества обслуживания (QIO) .....	28
РАЗДЕЛ 5	Служба социального обеспечения .....	28
РАЗДЕЛ 6	Medicaid .....	29
РАЗДЕЛ 7	Программы, помогающие платить за рецептурные лекарственные препараты .....	30
РАЗДЕЛ 8	Совет по вопросам социального обеспечения железнодорожников (RRB) .....	33
РАЗДЕЛ 9	Что делать, если у вас есть коллективное или другое медицинское страхование от работодателя .....	33
<b>ГЛАВА 3:</b>	<b>Использование плана для оплаты медицинских и других покрываемых услуг ...</b>	<b>35</b>
РАЗДЕЛ 1	Как участник нашего плана может получить медицинские и другие услуги .....	35
РАЗДЕЛ 2	За медицинским и другим обслуживанием следует обращаться к сетевым поставщикам плана .....	37
РАЗДЕЛ 3	Как получить экстренную или срочную медицинскую помощь, а также помощь при стихийных бедствиях .....	41
РАЗДЕЛ 4	Что делать, если вы получили счет на оплату полной стоимости покрываемых услуг? .....	44
РАЗДЕЛ 5	Медицинские услуги в рамках клинического исследования .....	44
РАЗДЕЛ 6	Правила получения помощи в религиозном немедицинском учреждении для обслуживания больных .....	46
РАЗДЕЛ 7	Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования .....	47
<b>ГЛАВА 4:</b>	<b>Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите) .....</b>	<b>49</b>
РАЗДЕЛ 1	Ваши расходы на покрываемые услуги. ....	49

**Содержание**

РАЗДЕЛ 2	Таблица покрываемых медицинских услуг: покрываемые услуги и ваши расходы .....	50
РАЗДЕЛ 3	Услуги, покрываемые вне плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) .....	100
РАЗДЕЛ 4	Услуги, не покрываемые нашим планом .....	100
<b>ГЛАВА 5:</b>	<b>Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D .....</b>	<b>104</b>
РАЗДЕЛ 1	Основные правила нашего плана, регулирующие покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D .....	104
РАЗДЕЛ 2	Получение лекарств по рецепту в сетевой аптеке или через действующую в нашем плане службу заказа с доставкой по почте .....	105
РАЗДЕЛ 3	Вхождение лекарств в список лекарственных препаратов, покрываемых нашим планом .....	107
РАЗДЕЛ 4	Препараты с ограничениями в покрытии .....	109
РАЗДЕЛ 5	Что делать, если вы недовольны страховым покрытием лекарства? .....	111
РАЗДЕЛ 6	Возможность изменения списка лекарственных препаратов в течение года .....	113
РАЗДЕЛ 7	Типы лекарств, которые мы не покрываем .....	116
РАЗДЕЛ 8	Получение рецепта .....	117
РАЗДЕЛ 9	Покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D в особых ситуациях .....	117
РАЗДЕЛ 10	Программы по обеспечению безопасности медикаментозного лечения и совместимости лекарств .....	119
<b>ГЛАВА 6:</b>	<b>Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D .....</b>	<b>121</b>
РАЗДЕЛ 1	Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D .....	121
РАЗДЕЛ 2	Этапы оплаты лекарственных препаратов для участников плана Central Health Dual Access Plan .....	123
РАЗДЕЛ 3	В <i>Разъяснении покрываемых услуг по программе Часть D</i> объясняется, на какой стадии оплаты вы находитесь .....	124
РАЗДЕЛ 4	Для плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) не покрываемого страховкой минимума не предусмотрено .....	126
РАЗДЕЛ 5	Стадия первоначального страхового покрытия .....	127
РАЗДЕЛ 6	Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов .....	133
РАЗДЕЛ 7	Ваши расходы на вакцины, покрываемые по программе Часть D .....	134
<b>ГЛАВА 7:</b>	<b>Как попросить, чтобы мы уплатили свою часть по счету за покрываемые медицинские услуги или лекарственные препараты .....</b>	<b>136</b>
РАЗДЕЛ 1	Ситуации, в которых следует просить нас оплатить свою долю расходов на покрываемые услуги или лекарства .....	136

**Содержание**

РАЗДЕЛ 2	Как попросить нас возместить ваши расходы или оплатить полученный вами счет .....	138
РАЗДЕЛ 3	Рассмотрение запроса и принятие решения .....	139
<b>ГЛАВА 8:</b>	<b>Ваши права и обязанности .....</b>	<b>140</b>
РАЗДЕЛ 1	Наш план должен уважать ваши права и культурные особенности .....	140
РАЗДЕЛ 2	Ваши обязанности как участника нашего плана страхования .....	151
<b>ГЛАВА 9:</b>	<b>Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы) .....</b>	<b>153</b>
РАЗДЕЛ 1	Что делать, если у вас возникли проблемы или вопросы .....	153
РАЗДЕЛ 2	Где можно получить информацию и персональную помощь? .....	153
РАЗДЕЛ 3	Какой процесс использовать для решения своей проблемы? .....	155
РАЗДЕЛ 4	Решение проблем с покрываемыми услугами по программе Medicare .....	156
РАЗДЕЛ 5	Сведения о страховых решениях и апелляциях .....	156
РАЗДЕЛ 6	Медицинская помощь: как попросить о вынесении страхового решения или подать апелляцию .....	159
РАЗДЕЛ 7	Препараты, покрываемые по программе Часть D. как попросить о вынесении страхового решения или подать апелляцию .....	166
РАЗДЕЛ 8	Как попросить нас продлить страховое покрытие госпитализации в стационарной больнице, если вас выписывают слишком рано .....	176
РАЗДЕЛ 9	Как попросить нас продлить страховое покрытие медицинских услуг, если вы считаете, что оно заканчивается слишком рано? .....	181
РАЗДЕЛ 10	Как подать апелляции уровней 3, 4 и 5 .....	186
РАЗДЕЛ 11	Как подавать жалобы на качество обслуживания, помощи, время ожидания и т. д.? .....	189
РАЗДЕЛ 12	Решение проблем с покрываемыми услугами по программе Medicaid .....	192
<b>ГЛАВА 10:</b>	<b>Прекращение участия в нашем страховом плане .....</b>	<b>193</b>
РАЗДЕЛ 1	Прекращение вашего участия в нашем страховом плане .....	193
РАЗДЕЛ 2	Когда вы можете выйти из нашего страхового плана .....	193
РАЗДЕЛ 3	Как прекратить участие в нашем страховом плане .....	196
РАЗДЕЛ 4	Обязательство пользоваться страховым покрытием медицинских услуг и лекарств по нашему плану, пока вы остаетесь его участником .....	197
РАЗДЕЛ 5	В определенных ситуациях ваше участие в плане страхования Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) будет прекращено .....	198
<b>ГЛАВА 11:</b>	<b>Юридические уведомления .....</b>	<b>200</b>
РАЗДЕЛ 1	Уведомление о применимом законодательстве .....	200
РАЗДЕЛ 2	Уведомление о недопустимости дискриминации .....	200
РАЗДЕЛ 3	Уведомление о праве программы Medicare на суброгацию .....	201
<b>ГЛАВА 12:</b>	<b>Определения .....</b>	<b>202</b>

# ГЛАВА 1:

## Для новых участников плана

### РАЗДЕЛ 1 Вы являетесь участником плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

---

#### Раздел 1.1 Вы зарегистрированы в плане Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), который является специализированным планом Medicare Special Needs Plan

Вы включены в программы Medicare и Medicaid одновременно:

- **Medicare** — это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше, людей младше 65 лет, имеющих некоторые виды инвалидности, а также людей с терминальной стадией почечной недостаточности (потерей функции почек).
- **Medicaid** — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, помогающая некоторым людям с ограниченными средствами и доходами оплачивать медицинские расходы. Покрытие по программе Medicaid различается в зависимости от штата и от того, в какого рода программу Medicaid вы включены. Некоторым людям, включенным в программу Medicaid, она помогает платить страховые взносы по программе Medicare и оплачивать другие расходы. Другие получают покрытие дополнительных услуг и лекарств, не покрываемых по программе Medicare.

Вы решили получать медицинское обслуживание и покрытие лекарственных препаратов по программе Medicare через наш план Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Наш план покрывает все обслуживание по программам Часть А и Часть В. Однако доступность поставщиков услуг и софинансирование расходов в нашем плане отличаются от предусмотренных в программе Original Medicare.

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) — это специализированный план, действующий по программе Medicare Advantage. Он предназначен для людей, которым требуется специальное медицинское обслуживание (Medicare Special Needs Plan). План Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) предназначен для людей, имеющих страховку Medicare, а также право на помощь по программе Medicaid.

Поскольку вы получаете помощь от Medicaid в оплате вашей части софинансирования расходов по программам Medicare Part A и Medicare Part B (не покрываемые страховкой минимумы, доплаты и доля стоимости), вы можете не платить за услуги по программе Medicare. Программа Medicaid также предусматривает другие виды помощи, покрывая медицинские услуги, которые обычно не покрываются программой Medicare. Вы будете также получать дополнительную помощь Extra Help от Medicare: она помогает оплатить рецептурные лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare. План Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) будет координировать все это страховое покрытие, помогая вам получать услуги здравоохранения и положенную вам помощь в оплате обслуживания.

## **Глава 1: Для новых участников плана**

---

Реализацией плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) занимается частная компания. Подобно всем страховым планам, действующим по программе Medicare Advantage, наш план для людей, которым требуется особое обслуживание (Medicare Special Needs Plan), утвержден программой Medicare. План также заключил договор с программой Medicaid штата California для координации предоставления вам услуг по программе Medicaid. Мы рады предоставлять вам покрытие по программе Medicare, включая покрытие лекарственных препаратов.

### **Раздел 1.2 Юридическая информация о Справочнике участника плана**

Этот *Справочник участника плана* является частью нашего договора с вами о том, как план Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) покрывает ваше обслуживание. Этот договор также содержит форму заявки на включение в план, *Перечень покрываемых лекарственных препаратов* (Фармакологический справочник) и все уведомления, которые вы получаете относительно изменений в вашем страховом покрытии или условиях, влияющих на него. Эти сообщения иногда называются *дополнениями или изменениями*.

Договор действует в течение месяцев вашей регистрации в плане Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) в период с 1 января 2026 г. по 31 декабря 2026 г.

Medicare разрешает нам вносить изменения в свои страховые планы, которые мы предлагаем, каждый календарный год. Это означает, что мы можем изменить стоимость и набор услуг в рамках плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) после 31 декабря 2026 г. Мы также можем прекратить предлагать наш план в вашей зоне обслуживания после 31 декабря 2026 г.

План Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) должен утверждаться каждый год Medicare (Центрами обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid). Участник нашего плана получает страховое покрытие по программе Medicare каждый следующий год, пока мы предлагаем наш план и пока Medicare и Medicaid разрешают его работу.

## **РАЗДЕЛ 2 Требования, которым должны отвечать участники плана**

---

### **Раздел 2.1 Требования к соответствию критериям**

Вы можете стать участником нашего плана, если соответствуете всем таким условиям:

- Вы включены в программы Medicare Part A и Medicare Part B.
- Вы проживаете в нашей географической зоне обслуживания (см. раздел 2.3). Люди, находящиеся в тюремном заключении, не считаются проживающими в географической зоне обслуживания, даже если они физически находятся в ее пределах.
- Вы имеете гражданство США или находитесь на территории США на законных основаниях.
- Вы отвечаете особым критериям, которые приведены ниже.

### **Особые критерии для получения права на участие в нашем плане**

## Глава 1: Для новых участников плана

---

### Раздел 2.2 Medicaid

Medicaid — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, помогающая некоторым людям с ограниченными средствами и доходами оплачивать медицинскую помощь. Каждый штат самостоятельно решает, что считать доходом и средствами, кто имеет право на участие в программе, какие услуги программа покрывает и сколько участник программы платит за услуги. Кроме того, в рамках федеральных правил штаты могут сами решать, каким образом программа будет работать.

Кроме того, Medicaid предлагает программы, которые помогают покрывать расходы по программе Medicare, в том числе страховые взносы Medicare. Эти программы финансовой помощи участникам программы Medicare (Medicare Savings Program) помогают людям с ограниченным доходом экономить деньги каждый год:

- **Расширенная программа для правомочных получателей страхового обеспечения Qualified Medicare Beneficiary-Plus (QMB+).** Программа Medicaid оплачивает вам страховые взносы, безусловную франшизу, долю стоимости и доплаты по программам Medicare Part A и Medicare Part B. Вы получаете покрытие совместно оплачиваемых расходов по программе Medicare в рамках программы Medicaid и имеете право на полный набор услуг Medicaid.
- **Расширенная программа для некоторых участников программы Medicare с низким доходом (Specified Low-Income Medicare Beneficiary-Plus, SLMB+).** Помогает оплачивать страховые взносы по программе Часть B, а также дает право на полный пакет услуг по программе Medicaid.
- **Полное покрытие для людей, включенных в программы Medicaid и Medicare (Full-Benefit Dual Eligible, FBDE).** Некоторые участники имеют право как на ограниченное покрытие софинансируемых расходов по программе Medicare, так и на полный набор услуг по программе Medicaid.

### Раздел 2.3 Зона обслуживания плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

План Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) доступен только для людей, проживающих в зоне обслуживания нашего плана. Чтобы оставаться участником нашего плана, вы должны проживать в нашей зоне обслуживания. Наша зона обслуживания определена ниже.

Наша зона обслуживания охватывает следующие округа штата California: Округа Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Madera, Orange, Placer, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Solano, Stanislaus, Tulare и Yolo.

Мы предлагаем покрытие в нескольких штатах. В то же время между планами, которые мы предлагаем в разных штатах, могут быть различия по стоимости или другим аспектам.

Если вы собираетесь переехать в другой штат, вам следует обратиться в администрацию программы Medicaid вашего штата и спросить, как этот переезд отразится на страховке по программе Medicaid. Телефоны программы Medicaid см. в разделе 6 главы 2 этого документа.

Если вы переедете за пределы зоны обслуживания нашего плана, то не сможете оставаться его участником. Чтобы узнать, есть ли у нас план, действующий по вашему новому месту жительства, обратитесь в Отдел обслуживания. После того как вы поменяете место жительства, у вас начнется специальный период регистрации. В это время вы можете перейти в программу Original Medicare или стать участником действующего по программе Medicare плана медицинского обслуживания или плана, покрывающего лекарства, там, куда вы переехали.

## Глава 1: Для новых участников плана

Если вы переезжаете или меняете почтовый адрес, обязательно сообщите об этом в Службу социального обеспечения (Social Security). Позвоните в Службу социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 (при использовании ТТУ набирайте 1-800-325-0778).

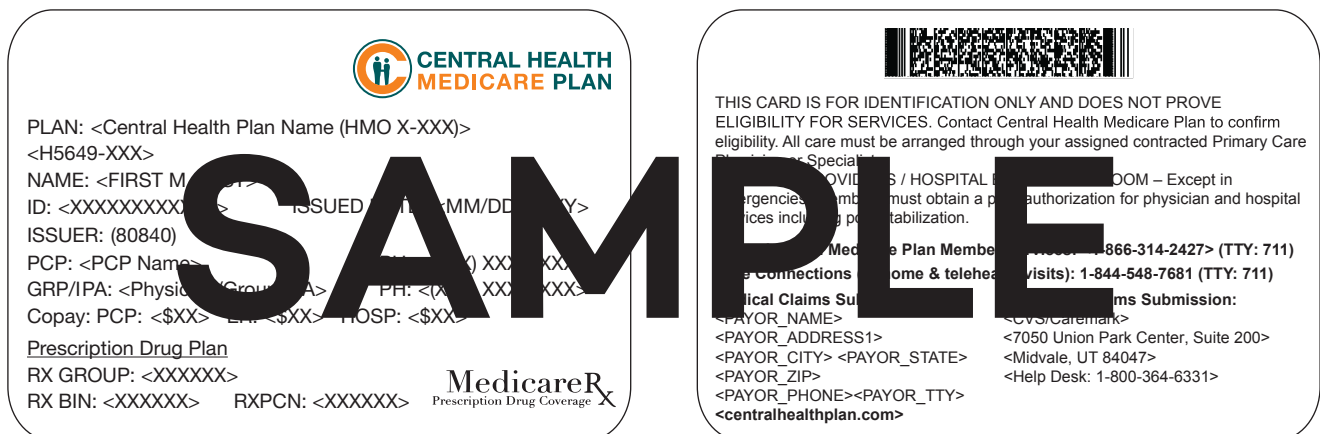
### Раздел 2.4 Граждане США и лица, проживающие в США на законном основании

Чтобы стать участником плана медицинского страхования Medicare, вы должны иметь гражданство США или находиться на территории США на законных основаниях. Medicare (Центры обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid) известит Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), если вы не соответствуете критериям для дальнейшего участия в нашем плане на этом основании. Если вы не соответствуете этим требованиям, мы будем вынуждены прекратить ваше участие в плане Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).

## РАЗДЕЛ 3 Важные материалы для участников

### Раздел 3.1 Карточка участника плана

Используйте свою карточку участника при получении каких-либо услуг, покрываемых нашим планом страхования, или рецептурных лекарственных препаратов в сетевой аптеке. Получая любую медицинскую помощь, не забывайте предъявлять как свою идентификационную карту участника плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), так и идентификационную карту участника программы Medicaid California Department of Health Care Services. Кроме того, в этих случаях нужно предъявлять карточку участника программы Medicaid. Образец карточки участника:



Пока вы остаетесь участником нашего плана, НЕ используйте свою красно-бело-синюю карточку участника программы Medicare, получая покрываемые медицинские услуги. Если вы используете свою карточку участника программы Medicare вместо карточки участника плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), вам, возможно, придется полностью оплатить полученные медицинские услуги. Храните свою карточку участника программы Medicare в надежном месте. Вас могут попросить, чтобы вы ее предъявили при лечении в больнице, при получении хосписного обслуживания или при участии в клиническом исследовании, утвержденном Medicare (также называемом клиническим испытанием).

## Глава 1: Для новых участников плана

---

Если ваша карточка участника плана была повреждена, утеряна или украдена, позвоните в Отдел обслуживания ((866) 314-2427, ТТУ: 711). Мы пришлем вам новую карточку.

### Раздел 3.2 Каталог поставщиков услуг и аптек

В *Каталоге поставщиков услуг и аптек* приведены сетевые поставщики, сетевые аптеки, а также продавцы медицинского оборудования длительного пользования.

**Сетевые аптеки** — это все аптеки, которые согласились выдавать покрываемые рецептурные лекарственные препараты участникам нашего плана. В главе 5, раздел 2.5, объясняется, в каких случаях можно пользоваться аптеками, которые не входят в сеть нашего плана.

**Сетевые поставщики** — это врачи и другие медики, медицинские группы, поставщики медицинского оборудования длительного пользования, больницы и другие медицинские учреждения, заключившие с нашим планом договор, по которому наши платежи и все виды софинансирования расходов они принимают как полную оплату своих услуг.

За медицинской помощью и обслуживанием вы должны обращаться к сетевым поставщикам. Если вы обратитесь к другим поставщикам, не получив надлежащее подтверждение, вам придется полностью оплатить полученные услуги. Исключения возможны только в следующих случаях: экстренная помощь или неотложная помощь в ситуациях, когда невозможно или нецелесообразно обратиться к сетевым поставщикам, диализ за пределами нашей зоны обслуживания и случаи, когда в рамках плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) разрешено обращаться к внесетевым поставщикам.

Актуальная версия списка медиков, учреждений, аптек и поставщиков есть на нашем сайте [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com).

Если у вас нет *Каталога поставщиков услуг и аптек*, попросите Отдел обслуживания ((866) 314-2427, ТТУ: 711) прислать вам электронный файл или печатный экземпляр. По вашему запросу бумажную версию Каталога поставщиков вам вышлют по почте в течение 3 рабочих дней.

### Раздел 3.3 Список лекарственных препаратов (фармакологический справочник)

У нашего плана есть *Перечень покрываемых лекарственных препаратов* (также называемый *Списком лекарственных препаратов / Фармакологическим справочником*). В нем указано, какие рецептурные лекарственные препараты покрываются по условиям Части D в рамках плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Составлять этот перечень препаратов плану помогали врачи и фармацевты. Список лекарственных препаратов должен соответствовать требованиям Medicare. Препараты с согласованными ценами в рамках программы согласования цен Medicare Drug Price Negotiation Program будут включены в ваш Список лекарственных препаратов, если они не были удалены и заменены, как описано в разделе 6 главы 5. Список лекарственных препаратов плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) утвержден Medicare.

Из Списка лекарственных препаратов можно узнать, существуют ли какие-то правила, ограничивающие страховое покрытие нужных вам лекарств.

**Глава 1: Для новых участников плана**

Мы пришлем вам экземпляр Списка лекарственных препаратов. Самые полные и последние сведения о том, какие лекарства мы покрываем, можно найти на сайте [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com) или узнать в Отделе обслуживания ((866) 314-2427, ТТУ: 711).

**РАЗДЕЛ 4 Обзор основных расходов**

	<b>Ваши расходы в 2026 г.</b>
<b>Ежемесячный страховой взнос*</b> * Страховой взнос может превышать данную сумму. Подробнее см. в разделе 4.1.	<b>\$0</b>
<b>Максимальная сумма ваших личных расходов</b> Это <u>максимальная</u> сумма, которую вам потребуется самостоятельно оплатить за обслуживание, покрываемое по условиям Части А и Части В. (Подробные сведения см. в разделе 1 главы 4.)	<b>\$9,250</b>  <b>Вы не несете никаких собственных расходов за покрываемые услуги по условиям Части А и Части В.</b>
<b>Визиты для получения первичной медицинской помощи</b>	<b>\$0 доплаты за прием</b>
<b>Приемы в кабинете специалиста</b>	<b>\$0 доплаты за визит</b>
<b>Госпитализация в стационарной больнице</b>	<b>\$0 доплаты за пребывание, покрываемое Medicare</b>
<b>Не покрываемый страховкой минимум на покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D</b> (Подробные сведения см. в разделе 4 главы 6.)	<b>\$550</b>  <b>Если вы получаете дополнительную помощь Extra Help, этот не покрываемый страховкой минимум к вам не относится. В главе 6 содержится дополнительная информация о страховом покрытии и ограничениях.</b>

**Глава 1: Для новых участников плана**

	<b>Ваши расходы в 2026 г.</b>
<p><b>Покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D</b></p> <p>(Подробную информацию, в том числе о годовом не покрываемом страховкой минимуме, этапах первоначального страхового покрытия и страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов, см. в главе 6.)</p>	<p><b>Доплата на этапе первоначального страхового покрытия:</b></p> <p><b>Лекарственные препараты уровня 1: \$0 доплаты</b></p> <p><b>Лекарственные препараты уровня 2: \$0, \$1.60 или \$2 доплаты за все лекарства за каждый рецептурный препарат.</b></p> <p><b>Лекарственные препараты уровня 3: \$0, \$1.60 или \$5.10 доплаты за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные). \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие рецептурные лекарственные препараты.</b></p> <p><b>Лекарственные препараты уровня 4: \$0, \$1.60 или \$5.10 доплаты за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные). \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие рецептурные лекарственные препараты.</b></p> <p><b>Лекарственные препараты уровня 5: \$0, \$1.60 или \$5.10 доплаты за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные препараты, рассматриваемые как непатентованные). \$0, \$4.90 или \$12.65 доплаты за все прочие рецептурные лекарственные препараты.</b></p> <p><b>Лекарственные препараты уровня 6: \$0 доплаты</b></p> <p><b>Этап страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов:</b></p> <p><b>На этом этапе вы ничего не платите за лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D.</b></p>

**Возможные расходы:**

- Страховой взнос по плану (раздел 4.1)
- Ежемесячный страховой взнос по программе Medicare Part B (раздел 4.2)
- Штраф за несвоевременное включение в программу Часть D (раздел 4.3)
- Корректировка ежемесячных страховых взносов на основании уровня дохода (раздел 4.4)
- Сумма Medicare Prescription Payment Plan (раздел 4.5)

**Раздел 4.1 Страховой взнос по плану**

Вы не платите отдельный месячный страховой взнос по плану Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).

## Глава 1: Для новых участников плана

---

Если вы уже участвуете в одной из этих программ и получаете помощь, **информация о страховых взносах в этом Справочнике участника плана к вам не относится**. Мы отправили вам отдельный документ под названием «Дополнение к Справочнику участника плана для лиц, получающих дополнительную помощь Extra Help для оплаты рецептурных лекарственных препаратов» (другое название — «Дополнение о субсидии для лиц с низким доходом» или «Дополнение LIS» [LIS Rider]), в котором рассказывается о вашем покрытии лекарственных препаратов. Если у вас нет этого дополнения, обратитесь в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711) и попросите предоставить вам *Дополнение LIS*.

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

#### Многие участники обязаны оплачивать другие страховые взносы программы Medicare

Некоторым участникам плана нужно платить и другие страховые взносы по программе Medicare. В разделе 2 выше объясняется, что для того чтобы вы смогли стать участником нашего плана, вам нужно быть участником программ Medicaid, а также Medicare Part A и Medicare Part B. За большинство участников плана Central Health Dual Access Plan программа Medicaid платит страховые взносы по программе Часть А (если вы не получили на нее право автоматически) и программе Часть В.

**Если Medicaid не платит за вас страховые взносы по программе Medicare, то для того чтобы оставаться участником нашего плана, вы должны платить их сами.** Это относится и к страховым взносам по программе Часть В. Возможно, вам также нужно платить страховые взносы по программе Часть А, если вы не имеете права на бесплатное участие в ней.

### Раздел 4.3 Штраф за несвоевременное включение согласно Части D

Пока вы включены в программы Medicare и Medicaid одновременно, штраф за несвоевременное включение (LEP) вам платить не нужно, но если вы теряете право на участие в обеих указанных программах, вам, возможно, придется платить такой штраф. Штраф за несвоевременное включение в программу Часть D является дополнительным страховым взносом, который вы обязаны платить за покрытие, предоставляемое по программе Часть D, если после окончания периода первичной регистрации в планах вы в течение не менее 63 дней подряд не имели либо покрытия по программе Часть D, либо другого учитываемого покрытия лекарственных препаратов. «Учитываемое покрытие рецептурных лекарственных препаратов» — это покрытие, которое отвечает минимальным требованиям программы Medicare, то есть в среднем оно не меньше стандартного покрытия лекарственных препаратов по программе Medicare. Размер штрафа за несвоевременное включение зависит от того, сколько времени у вас не было покрытия лекарственных препаратов по рецепту по программе Часть D или другого учитываемого покрытия лекарств по рецепту. Этот штраф вы будете платить, пока у вас есть покрытие по программе Часть D.

Вам **не нужно** платить штраф за несвоевременное включение в программу Часть D, если:

- Вы получаете дополнительную помощь Extra Help от Medicare для оплаты расходов на лекарственные препараты.
- Учитываемого страхового покрытия у вас не было менее 63 дней подряд.
- У вас было другое учитываемое покрытие лекарственных препаратов, например предоставленное бывшим работодателем, профсоюзом, программой TRICARE или Управлением по медицинскому обслуживанию ветеранов (Veterans Health Administration, VA). Ваш страховщик или отдел кадров

## Глава 1: Для новых участников плана

---

каждый год сообщают вам, считается ли ваше покрытие лекарственных препаратов учитываемым. Эти сведения вам могут прислать письмом или в составе информационного бюллетеня вашего плана. Храните эти документы: они могут вам понадобиться в будущем, при включении в план Medicare, покрывающий лекарства.

- **Примечание:** В полученном вами письме или уведомлении должно быть написано, что у вас учитываемое покрытие лекарств по рецепту, т. е. в рамках которого выплаты за лекарства будут не меньше, чем в стандартном плане, покрывающем лекарства по программе Medicare.
- **Примечание:** Скидочные карты на рецептурные лекарственные препараты, бесплатные клиники и веб-сайты скидок на лекарства не подпадают под определение учитываемого покрытия лекарств по рецепту.

**Размер штрафа за несвоевременное включение в программу Часть D устанавливает Medicare.** Вот как это делается:

- Вначале рассчитывается, на сколько полных месяцев вы задержались с регистрацией в плане Medicare, покрывающем лекарства, после того как получили право стать его участником. Или рассчитывается, сколько полных месяцев у вас не было учитываемого покрытия лекарственных препаратов, если перерыв составил не менее 63 дней. За каждый месяц без учитываемого покрытия штраф увеличивается на 1%. Например, если у вас не было покрытия в течение 14 месяцев, штраф составит 14%.
- Затем Medicare определяет, сколько в предшествующем году составлял средний ежемесячный страховой взнос по планам, покрывающим лекарства по программе Medicare (национальный базовый страховой взнос участника). В 2026 г. средний страховой взнос составил \$38.99.
- Для того чтобы рассчитать размер штрафа, умножьте процент штрафа на национальный базовый страховой взнос участника и округлите полученное значение до ближайших 10 центов. В приведенном примере это будет 14% от \$38.99, то есть \$5.46. Округляем и получаем \$5.50. Эта сумма будет добавлена **к ежемесячному страховому взносу по плану для лиц, имеющих штраф за несвоевременное включение в программу Часть D.**

Когда речь идет о штрафе за несвоевременное включение в программу Часть D, нужно понимать три важные вещи:

- **Штраф может меняться каждый год.** Это связано с ежегодным изменением национального базового страхового взноса.
- **Вы платите штраф все время,** то есть ежемесячно, пока остаетесь участником плана, покрывающего лекарства по программе Medicare Part D. Штраф нужно платить, даже если вы меняете план.
- Если вы *младше* 65 лет и зарегистрированы в программе Medicare, ваш нынешний штраф за несвоевременное включение в программу Часть D будет пересмотрен, когда вам исполнится 65 лет. После того как вам исполнится 65 лет, ваш штраф за несвоевременное включение в программу Часть D будет определяться только числом месяцев, на протяжении которых у вас не было покрытия после окончания периода первичной регистрации в плане Medicare, предусмотренного для пожилых людей.

**Если вы не согласны с назначенным вам штрафом за несвоевременное включение в программу Часть D, вы или ваш представитель можете попросить пересмотреть ваше дело.** Обычно это нужно делать **в течение 60 дней** со дня, которым датировано первое письмо, сообщающее о назначенном вам штрафе за несвоевременное включение. Однако если вы уже платите штраф до включения в наш

## Глава 1: Для новых участников плана

---

план, у вас, возможно, не будет другой возможности попросить о пересмотре этого штрафа за несвоевременное включение.

### Раздел 4.4    **Корректировка ежемесячных взносов на основании уровня дохода**

Если вы утратите право на участие в этом плане из-за изменения уровня дохода, для некоторых участников может быть установлена дополнительная плата в рамках плана Medicare — так называемая корректировка ежемесячного страхового взноса по Части D на основании уровня дохода (Income-Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). Корректировка производится на основании скорректированного общего дохода, указанного в налоговой декларации (IRS) 2 года назад. Если такая корректировка требуется, платить нужно стандартный страховой взнос и дополнительно сумму IRMAA. Подробную информацию о дополнительной сумме, которую вам, возможно, придется заплатить в зависимости от вашего дохода, можно найти по адресу [www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](http://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs).

Если вам нужно платить дополнительную сумму IRMAA, Служба социального обеспечения (не ваш план, действующий по программе Medicare), пришлет вам письмо, сообщающее о том, сколько вы должны доплатить. Эта дополнительная сумма может удерживаться из чеков, которые вы получаете от Службы социального обеспечения, Совета по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (Railroad Retirement Board) или из Управления кадровой службы (Office of Personnel Management), если сумма по такому чеку достаточна для уплаты этой дополнительной суммы. Такие вычеты делаются независимо от того, как вы обычно платите страховые взносы. Если сумм по таким чекам недостаточно для уплаты дополнительной суммы, вы будете получать счета от программы Medicare. **Эту дополнительную сумму IRMAA вы должны платить государству. Ее нельзя платить вместе с ежемесячными страховыми взносами. Если вы не будете платить эту дополнительную сумму IRMAA, вас исключат из нашего плана и вы потеряете страховое покрытие лекарств по рецепту.**

Если вы не согласны платить дополнительную сумму IRMAA, то можете попросить Службу социального обеспечения пересмотреть это решение. С вопросами о том, как это сделать, обращайтесь в Службу социального обеспечения по телефону 1-800-772-1213 (при использовании ТТУ звоните по номеру 1-800-325-0778).

### Раздел 4.5    **Сумма Medicare Prescription Payment Plan**

Если вы участвуете в плане оплаты рецептурных лекарственных препаратов Medicare, каждый месяц вы будете оплачивать страховой взнос по плану (если он у вас есть), а также получать счет на оплату рецептурных лекарственных препаратов от своего плана медицинского обслуживания или плана, покрывающего лекарства (вместо того, чтобы платить аптеке). Ваш ежемесячный счет включает сумму, которую вы должны заплатить за все полученные по рецептам лекарства, а также остаток средств за предыдущий месяц, поделенный на количество месяцев, оставшихся в году.

План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare объясняется в разделе 7 главы 2. Если вы не согласны с суммой, выставленной вам в рамках этой схемы оплаты, вы можете подать жалобу или апелляцию согласно процедуре, описанной в главе 9.

**Глава 1: Для новых участников плана**

---

**РАЗДЕЛ 5      Подробнее о ежемесячном страховом взносе по плану**

---

**Раздел 5.1      Ежемесячный страховой взнос по нашему плану не изменится в течение года**

Мы не имеем права изменять размер ежемесячного страхового взноса по плану в течение года. Если размер ежемесячного страхового взноса по плану изменится в следующем году, мы сообщим вам об этом в сентябре, а изменения вступят в силу 1 января.

Однако в некоторых случаях вам могут разрешить не платить штраф за несвоевременное включение, если он был вам назначен, или же вам придется начать его выплачивать. Это может произойти, если в течение года вы получите или потеряете право на дополнительную помощь Extra Help.

- Если сейчас вы платите штраф за несвоевременное включение в программу Часть D, но в течение года получаете право на дополнительную помощь Extra Help, в этом случае вы перестаете платить штраф.
- Если вы теряете право на дополнительную помощь Extra Help, вам, возможно, придется начать платить штраф за несвоевременное включение в план, если у вас 63 дня подряд или дольше не было покрытия рецептурных лекарственных препаратов по условиям Части D или другого учитываемого покрытия рецептурных лекарств.

Подробную информацию о программе дополнительной помощи Extra Help см. в разделе 7 главы 2.

**РАЗДЕЛ 6      Своевременное сообщение представителям плана о любых изменениях**

---

Документация участника плана включает сведения, взятые из формы заявки на включение в план, в том числе ваши адрес и номер телефона. Здесь указано предоставляемое вам страховое покрытие плана, включая имя вашего основного врача.

Врачи, больницы, фармацевты и другие поставщики услуг, входящие в сеть нашего плана, могут **узнать из вашей документации участника, какие услуги и лекарства покрываются планом и какова ваша доля в софинансировании расходов**. Вот почему очень важно, чтобы вы своевременно сообщали нам об изменениях.

**Сообщайте нам обо всех изменениях, а именно:**

- Изменения в ваших имени/фамилии, адресе или номере телефона
- Изменения, касающиеся любого другого вашего медицинского страхования (например, страховки, предоставляемой вашим работодателем или работодателем супруга[-и]/партнера[-ши], страховки для пострадавших на рабочем месте, страховки по программе Medicaid)
- Любые страховые требования по страхованию ответственности, например в результате автомобильной аварии
- Если вы были приняты в центр сестринского ухода
- Если вы получаете помощь в отделении экстренной помощи или в больнице, расположенной за пределами нашей зоны обслуживания или не входящей в нашу сеть
- Если поменялось отвечающее за вас лицо (например, ухаживающий за вами человек)

## Глава 1: Для новых участников плана

---

- Если вы участвуете в клиническом исследовании (**примечание:** вы не обязаны сообщать нам о клинических исследованиях, в которых собираетесь участвовать, но мы настоятельно рекомендуем вам это делать).

Если указанные выше сведения изменились, сообщите нам об этом: позвоните в наш Отдел обслуживания (866) 314-2427 (TTY: 711). Участник плана может создать свою учетную запись на портале My Molina. Это позволяет через Интернет менять своего врача, редактировать контактную информацию, запрашивать новую идентификационную карту, получать напоминания о необходимой вам помощи и просматривать историю обслуживания. Чтобы создать или открыть учетную запись My Molina, зайдите на страницу [www.mymolina.com](http://www.mymolina.com).

Кроме того, при переезде или изменении почтового адреса обязательно сообщайте об этом в Службу социального обеспечения (Social Security). Позвоните в Службу социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 (при использовании TTY набирайте 1-800-325-0778).

## РАЗДЕЛ 7 Как другие страховые планы сотрудничают с нашим?

---

Medicare требует, чтобы мы собирали информацию о любом другом медицинском страховании или покрытии лекарственных препаратов, которое у вас есть, чтобы мы могли координировать другое страховое покрытие с покрытием нашего плана. Это называется **координация покрываемых услуг**.

Раз в год мы присылаем вам письмо с перечнем ваших медицинских страховок и покрытия лекарственных препаратов, о которых нам известно. Внимательно ознакомьтесь с этой информацией. Если приведенные в письме сведения правильные, делать ничего не нужно. Если сведения неправильные или вашей страховки нет в списке, позвоните в наш Отдел обслуживания ((866) 314-2427, TTY: 711). Вам может понадобиться сообщить другим страховщикам свой идентификационный номер участника нашего плана (после подтверждения их личности), чтобы ваши счета оплачивались правильно и своевременно.

Если у вас есть еще какая-нибудь страховка (например, коллективная страховка, предоставленная работодателем), решение о том, какой план платит первым, принимается на основании правил, установленных программой Medicare. Страховая программа, которая платит первой, называется первичным плательщиком и оплачивает услуги в объеме своей страховой ответственности. Страховая программа, которая платит второй, называется вторичным плательщиком и платит, только если первичный плательщик не покрыл всю сумму. Вторичный плательщик может выплатить не всю оставшуюся сумму. Если у вас есть еще одна страховка, сообщайте об этом врачу, в больнице и в аптеке.

В случае коллективного плана медицинского страхования, предоставленного работодателем или профсоюзом, действуют следующие правила:

- Вы получаете страховку как пенсионер. — Первой платит программа Medicare.
- У вас коллективный план медицинского страхования, предоставленный вашим работодателем или работодателем работающего члена семьи. — Решение о том, какой план платит первым, принимается с учетом вашего возраста, размера компании и того, получили ли вы право на участие в программе Medicare по возрасту, в связи с инвалидностью или потому что у вас терминальная стадия почечной недостаточности (End-Stage Renal Disease, ESRD).

**Глава 1: Для новых участников плана**

---

- Вы лицо с ограниченными возможностями младше 65 лет; кроме того, вы (или член вашей семьи) все еще работаете. — Ваш коллективный план медицинского страхования платит первым, если в компании работодателя заняты не менее 100 человек или если хотя бы у одного работодателя, предоставляющего план совместно с другими работодателями, работает не менее 100 человек.
- Вы старше 65 лет и вы (или ваш[-а] супруг[-а] / сожитель[-ница]) по-прежнему работаете. — Ваш коллективный план медицинского страхования платит первым, если в компании работодателя заняты не менее 20 человек или если хотя бы у одного работодателя, предоставляющего план совместно с другими работодателями, работает не менее 20 человек.
- Вы включены в программу Medicare, потому что у вас терминальная стадия почечной недостаточности (ESRD). — Ваш коллективный план медицинского страхования платит первым первые 30 месяцев с того дня, когда вы получили право на участие в программе Medicare.

Следующие страховки обычно платят первыми за покрываемые ими услуги:

- Страхование “без вины” (включая страховку на автомобиль).
- Страхование ответственности (включая автомобильное страхование).
- Страхование больных пневмокоциозом.
- Компенсация от предприятия за ущерб, причиненный здоровью на рабочем месте.

За услуги, покрываемые программой Medicare, программы Medicaid и TRICARE никогда не платят первыми. Они платят только после Medicare и/или коллективного плана медицинского страхования, предоставленного работодателем.

**Глава 2: Телефонные номера и ресурсы****ГЛАВА 2:****Телефонные номера и ресурсы****РАЗДЕЛ 1      Контакты плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)**

Для получения помощи по вопросам, связанным с подачей претензий, выставлением счетов или карточкой участника, позвоните или напишите в Отдел обслуживания Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Мы будем рады вам помочь.

**Отдел обслуживания — контактная информация**

<b>Телефон</b>	(866) 314-2427  Звонки на этот номер бесплатные. График работы: с 1 октября по 31 марта — ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. С 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени.  Отдел обслуживания ((866) 314-2427, ТТУ: 711) также предоставляет бесплатные услуги устного перевода людям, которые не говорят на английском языке.
<b>ТТУ</b>	711  Для звонков по этому номеру требуется специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.  Звонки на этот номер бесплатные.  Национальная служба коммутируемых сообщений доступна круглосуточно и без выходных.
<b>Факс</b>	(310) 507-6186
<b>Почта</b>	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>Веб-сайт</b>	<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>

**Как запросить страховое решение либо подать апелляцию в отношении медицинской помощи или рецептурных лекарственных препаратов, покрываемых по программе Часть D**

Страховое решение — это решение о том, что и как мы покрываем, или о том, сколько мы будем платить за предоставленные вам медицинские услуги или лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D. Апелляция — это способ официально попросить нас пересмотреть и изменить принятое страховое решение. Подробную информацию о том, как попросить нас о страховом решении либо подать апелляцию в отношении медицинской помощи или лекарственных препаратов, покрываемых

**Глава 2: Телефонные номера и ресурсы**

по программе Часть D, см. в главе 9 («Что делать при возникновении проблемы или жалобы [страховые решения, апелляции, жалобы]»).

**Страховые решения и апелляции по медицинской помощи — контактная информация**

<b>Телефон</b>	(866) 314-2427 Звонки на этот номер бесплатные. Без выходных, с 8 а.м. до 5 р.м. по местному времени.
<b>TTY</b>	711 Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатные. Национальная служба коммутируемых сообщений доступна круглосуточно и без выходных.
<b>Факс</b>	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
<b>Почта</b>	Central Health Attn: Coverage Request 200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802
<b>Веб-сайт</b>	<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>

**Страховые решения и апелляции по поводу лекарственных препаратов, покрываемых по условиям Части D — контактная информация**

<b>Телефон</b>	Телефон: (800) 665-3086 — с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени, с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени.
<b>TTY</b>	711
<b>Факс</b>	(866) 290-1309
<b>Почта</b>	Molina Medicare Complete Care Attn: Pharmacy Department 7050 S Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, Utah 84047
<b>Веб-сайт</b>	<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>

**Жалобы по поводу медицинской помощи — контактная информация**

<b>Телефон</b>	(866) 314-2427
----------------	----------------

**Глава 2: Телефонные номера и ресурсы****Жалобы по поводу медицинской помощи — контактная информация**

	Звонки на этот номер бесплатные. Без выходных, с 8 а.м. до 5 р.м. по местному времени.
<b>TTY</b>	711 Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатные. Национальная служба коммутируемых сообщений доступна круглосуточно и без выходных.
<b>Факс</b>	(562) 499-0610
<b>Почта</b>	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9978
<b>Веб-сайт</b>	<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>

**Как попросить нас оплатить нашу долю счета за уже полученную медицинскую помощь или уже полученное лекарство**

Если вы получили счет (например, от поставщика услуг) или сами оплатили услуги, но думаете, что платить должен наш план, можете попросить нас возместить ваши расходы или уплатить по такому счету. Для получения подробной информации см. главу 7.

Если вы попросите нас оплатить счет, а мы отклоним какую-либо часть вашей просьбы, вы можете обжаловать наше решение. Подробные сведения см. в главе 9 «Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)».

**Запросы на оплату медицинской помощи — контактная информация**

<b>Телефон</b>	(866) 314-2427 Звонки на этот номер бесплатные. Без выходных, с 8 а.м. до 5 р.м. по местному времени.
<b>TTY</b>	711 Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатные. Национальная служба коммутируемых сообщений доступна круглосуточно и без выходных.
<b>Факс</b>	(310) 507-6186

**Глава 2: Телефонные номера и ресурсы****Запросы на оплату медицинской помощи — контактная информация**

<b>Почта</b>	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>Веб-сайт</b>	<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>

**Запросы на оплату препаратов по условиям Части D — контактная информация**

<b>Телефон</b>	Телефон: (800) 665-3086 — с 1 октября по 31 марта: без выходных, с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени, с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени.
<b>TTY</b>	711
<b>Факс</b>	(866) 290-1309
<b>Почта</b>	Molina Medicare Complete Care Attn: Pharmacy Department 7050 S Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, Utah 84047
<b>Веб-сайт</b>	<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>

**РАЗДЕЛ 2 Получение помощи от Medicare**

Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше; некоторых людей младше 65 лет, имеющих инвалидность; людей в терминальной стадии почечной недостаточности (необратимая потеря функции почек, при которой требуется проведение диализа или пересадка почки).

Работой программы Medicare руководит федеральное агентство — Центры обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). У этого агентства заключены договоры с организациями, действующими по программе Medicare Advantage, в том числе с нашим планом.

**Medicare — контактная информация**

<b>Телефон</b>	1-800-MEDICARE или 1-800-633-4227 Звонки на этот номер бесплатные. Линия работает круглосуточно и без выходных.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.

**Глава 2: Телефонные номера и ресурсы**

<b>Medicare — контактная информация</b>	
	Звонки на этот номер бесплатные.
<b>Чат в реальном времени</b>	Воспользуйтесь чатом в реальном времени на странице <a href="http://www.Medicare.gov/talk-to-someone">www.Medicare.gov/talk-to-someone</a> .
<b>Почта</b>	Напишите в Medicare по следующему адресу: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
<b>Веб-сайт</b>	<p><a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Получите информацию о планах медицинского страхования и планах, покрывающих лекарства, от Medicare в вашем регионе, в том числе о том, сколько они стоят и какие услуги предоставляют.</li> <li>• Найдите врачей, участвующих в программе Medicare, или других поставщиков медицинских услуг.</li> <li>• Узнайте, что покрывает программа Medicare, включая профилактические услуги (например, скрининги, прививки и вакцины, а также ежегодные проверки состояния здоровья).</li> <li>• Получите информацию об апелляциях и бланки Medicare для подачи апелляций.</li> <li>• Получите информацию о качестве обслуживания, предоставляемого страховыми планами, учреждениями сестринского ухода, больницами, врачами, агентствами по оказанию медицинской помощи на дому, центрами диализа, хосписными центрами, стационарными реабилитационными центрами и больницами длительного обслуживания.</li> <li>• Найдите полезные веб-сайты и номера телефонов.</li> </ul> <p>Вы также можете сообщить Medicare о своих жалобах по поводу плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) через веб-сайт:</p> <p><b>Для того чтобы подать жалобу в Medicare онлайн</b>, воспользуйтесь страницей <a href="http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint">www.Medicare.gov/my/medicare-complaint</a>. Medicare серьезно относится к вашим жалобам. Сообщенные вами сведения используются для повышения качества работы программы.</p>

**РАЗДЕЛ 3 Программа State Health Insurance Assistance Program (SHIP)**

Программа штата по оказанию помощи со страховым покрытием (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) — это государственная программа, в которой работают опытные консультанты. Она есть в каждом штате и предлагает бесплатную помощь, информацию и ответы на ваши вопросы о программе Medicare.

Программа SHIP штата California — это независимая программа штата (не связанная ни с одной страховой компанией или планом медицинского страхования), которая получает финансирование от федерального правительства для предоставления бесплатных местных консультаций по вопросам медицинского страхования людям, включенным в программу Medicare.

Консультанты программы SHIP штата California разъяснят вам права участника программы Medicare, помогут подать жалобу на медицинское обслуживание или лечение, а также урегулировать проблемы

## **Глава 2: Телефонные номера и ресурсы**

---

с оплатой счетов за обслуживание по программе Medicare. Консультанты программы SHIP штата California также ответят на вопросы и помогут решить проблемы, возникшие в связи с программой Medicare, в частности, помогут выбрать страховой план Medicare и ответят на вопросы о смене плана.

**Глава 2: Телефонные номера и ресурсы****SHIP (программа SHIP штата California) — контактная информация****Телефон**

Alameda County:  
(510) 839-0393

Contra Costa County:  
(925) 655-1393

Fresno and Madera Counties:  
(559) 224-9117

Imperial County:  
(760) 353-0223

Kern County:  
(661) 868-1000

Kings and Tulare Counties:  
(559) 713-2875

Orange County:  
(714) 560-0424

Placer and Yolo Counties:  
(916) 376-8915

San Francisco County:  
(415) 677-7520

San Joaquin County:  
(209) 470-7812

San Mateo County:  
(650) 627-9350

Santa Clara County:  
(408) 350-3239

Solano County:  
(707) 526-4108

Stanislaus County:  
(209) 558-4540, Округ Alameda

С понедельника по пятницу: с 9 а.м. до 5 р.м.  
Округ Contra Costa

С понедельника по пятницу с 8:30 а.м. до 4:30 р.м.  
Округ Fresno

С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м.  
Округ Imperial

С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м.  
Округ Kern

С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м.  
Округ Kings

С понедельника по четверг с 8 а.м. до 5:30 р.м.  
Округ Madera

С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м.  
Округ Orange

С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м.  
Округ Placer

**Глава 2: Телефонные номера и ресурсы****SHIP (программа SHIP штата California) — контактная информация**

	<p>С понедельника по пятницу с 9 а.м. до 4 р.м. (обед с 12 р.м. до 1:30 р.м.) Округ San Francisco</p> <p>С понедельника по пятницу с 8:30 а.м. до 4:30 р.м. Округ San Joaquin</p> <p>С понедельника по пятницу с 9 а.м. до 4 р.м. Округ San Mateo</p> <p>С понедельника по пятницу с 8:30 а.м. до 4:30 р.м. Округ Santa Clara</p> <p>С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м. Округ Solano</p> <p>С понедельника по пятницу с 9 а.м. до 3 р.м. Округ Stanislaus</p> <p>С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 4:30 р.м. Округ Tulare</p> <p>С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5:30 р.м. Округ Yolo</p> <p>С понедельника по пятницу с 9 а.м. до 4 р.м. (обед с 12 р.м. до 1:30 р.м.)</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.</p>

**Глава 2: Телефонные номера и ресурсы**

---

**SHIP (программа SHIP штата California) — контактная информация**

Почта

**Глава 2: Телефонные номера и ресурсы****SHIP (программа SHIP штата California) — контактная информация**

Alameda County:  
Legal Assistance for Seniors  
333 Hegenberger Road, Suite 850  
Oakland, CA 94621  
(510) 839-0393

Contra Costa County:  
Contra Costa County Aging & Adult Services  
400 Ellinwood Way, 3rd Floor  
Pleasant Hill, CA 94523  
(925) 655-1393

Fresno County:  
Valley Caregiver Resource Center  
5363 N. Fresno Street  
Fresno, CA 93710  
(559) 224-9117

Imperial County:  
Elder Law & Advocacy  
939 W. Main Street, Box #19 Basement  
El Centro, CA 92243  
(760) 353-0223

Kern County:  
Kern County Aging and Adult Services  
5357 Truxtun Ave.  
Bakersfield, CA 93309  
(661) 868-1000

Kings County:  
Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office  
3350 W Mineral King  
Visalia, CA 93291  
(559) 713-2875

Madera County:  
Valley Caregiver Resource Center  
5363 N. Fresno Street  
Fresno, CA 93710

Orange County:  
Council on Aging – Southern California, Inc.  
2 Executive Circle, Suite 175  
Irvine, CA 92614-6773  
(714) 560-0424

Placer County:  
Legal Services of Northern California  
505 12th Street  
Sacramento, CA 95814  
(916) 376-8915

**Глава 2: Телефонные номера и ресурсы****SHIP (программа SHIP штата California) — контактная информация**

San Francisco County:  
 Self-Help for the Elderly (San Francisco County)  
 601 Jackson Street  
 San Francisco, CA 94133  
 (415) 677-7520

San Joaquin County:  
 Legal Services of Northern California  
 505 12th Street  
 Sacramento, CA 95814  
 (209) 470-7812

San Mateo County:  
 Self Help For The Elderly (San Mateo County)  
 1710 S Amphlett Boulevard, Suite 100  
 San Mateo, CA 94402  
 (650) 627-9350

Santa Clara County:  
 Sourcewise  
 3100 De La Cruz Boulevard, Suite 310  
 Santa Clara, CA 95054  
 (408) 350-3239

Solano County:  
 Senior Advocacy Services-HICAP  
 1129 Industrial Avenue, Suite 201  
 Petaluma, CA 94954  
 (707) 526-4108

Stanislaus County:  
 Stanislaus County Department of Aging and Veterans Services  
 3500 Coffee Road, Suite 19  
 Modesto, CA 95355  
 (209) 558-4540

Tulare County:  
 Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office  
 3350 W Mineral King  
 Visalia, CA 93291  
 (559) 713-2875

Yolo County:  
 Legal Services of Northern California  
 505 12th Street  
 Sacramento, CA 95814  
 (916) 376-8915

**Веб-сайт**

<https://www.aging.ca.gov/hicap>

**Глава 2: Телефонные номера и ресурсы****РАЗДЕЛ 4 Организация повышения качества обслуживания (QIO)**

В каждом штате существует специальная организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO), которая обслуживает участников программы Medicare. В штате California организация повышения качества обслуживания называется Livanta.

Livanta представляет собой группу врачей и других медиков. Работу этой организации оплачивает Medicare. Задача организации состоит в контроле и повышении качества обслуживания участников программы Medicare. Livanta — это независимая организация. Она не связана с нашим планом.

В организацию Livanta необходимо обращаться в таких случаях:

- Вы хотите пожаловаться на качество обслуживания, которое вам предоставили. Примеры проблем с качеством обслуживания: назначение неправильных лекарств, ненужных тестов и процедур или неправильный диагноз.
- Вы считаете, что страховое покрытие госпитализации заканчивается слишком скоро.
- Вы считаете, что страховое покрытие медицинской помощи на дому, обслуживания в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) заканчивается слишком скоро.

**Livanta (организация повышения качества обслуживания штата California) — контактная информация**

<b>Телефон</b>	(877) 588-1123 С понедельника по пятницу с 9 а.м. до 5 р.м., в выходные и праздничные дни: с 10 а.м. до 4 р.м.
<b>TTY</b>	Dial 711 (855) 887-6668 Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
<b>Почта</b>	Livanta LLC-BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>Веб-сайт</b>	<a href="https://www.livantaqio.com/">https://www.livantaqio.com/</a>

**РАЗДЕЛ 5 Служба социального обеспечения**

Служба социального обеспечения (Social Security) определяет право на участие в программе Medicare и занимается регистрацией в этой программе. Кроме того, Служба социального обеспечения решает, у кого из участников программы Medicare доходы достаточно велики для того, чтобы платить за покрытие лекарственных препаратов согласно Части D больше обычного. Если Служба социального обеспечения прислала вам письмо, где сказано, что вы должны платить больше, и у вас есть вопросы о повышенной оплате или если в вашей жизни произошли серьезные изменения, из-за которых ваш доход уменьшился, позвоните в Службу социального обеспечения и попросите пересмотреть принятое решение.

Сообщайте в Службу социального обеспечения о переезде или изменении почтового адреса.

**Глава 2: Телефонные номера и ресурсы****Служба социального обеспечения — контактная информация**

<b>Телефон</b>	1-800-772-1213 Звонки на этот номер бесплатные. Линия работает с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 7 р.м. Кроме того, круглосуточно работает автоматическая телефонная линия Службы социального обеспечения. Она позволяет прослушать записанную информацию и совершить некоторые действия.
<b>TTY</b>	1-800-325-0778 Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки на этот номер бесплатные. Линия работает с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 7 р.м.
<b>Веб-сайт</b>	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

**РАЗДЕЛ 6 Medicaid**

Medicaid — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, помогающая некоторым людям с ограниченными средствами и доходами оплачивать медицинское обслуживание. Каждый штат самостоятельно решает, что считать доходом и средствами, кто имеет право на участие в программе, какие виды обслуживания программа покрывает и сколько участник программы платит за обслуживание. Кроме того, в рамках федеральных правил штаты могут сами решать, каким образом программа будет работать.

В рамках Medicaid также действуют некоторые программы, помогающие участникам программы Medicare платить связанные с этой программой расходы, например страховые взносы по программе Medicare. Эти программы финансовой помощи участникам программы Medicare (Medicare Savings Program) помогают людям с ограниченным доходом экономить деньги каждый год:

Участники этого плана зарегистрированы и в программе Medicare, и в программе Medicaid. Если у вас есть вопросы по поводу помощи в рамках программы Medicaid, используйте для связи следующие контактные данные: California Department of Health Care Services.

**California Department of Health Care Services (программа Medicaid штата California) — контактная информация**

<b>Телефон</b>	(916) 449-5000 N/A
<b>TTY</b>	711 Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.

**Глава 2: Телефонные номера и ресурсы****California Department of Health Care Services (программа Medicaid штата California) — контактная информация**

<b>Почта</b>	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413 Physical Address: 1501 Capitol Ave., MS 4400 Sacramento, CA 95814
--------------	--

<b>Веб-сайт</b>	<a href="https://www.dhcs.ca.gov/">https://www.dhcs.ca.gov/</a>
-----------------	---

Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman (программа омбудсмена штата California) помогает людям, зарегистрированным в программе Medicaid, при возникновении проблем с обслуживанием или оплатой счетов. Сотрудники программы могут помочь вам подать в наш план жалобу или апелляцию.

**Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman — контактная информация**

<b>Телефон</b>	(888) 452-8609 С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м. PT, кроме праздничных дней
----------------	---

<b>TTY</b>	N/A Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
------------	--

<b>Почта</b>	N/A
--------------	-----

<b>Веб-сайт</b>	<a href="https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx">https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx</a>
-----------------	---

California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) помогает людям получать информацию о центрах сестринского ухода и улаживать конфликты между этими центрами, проживающими в них пациентами и семьями пациентов.

**California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) — контактная информация**

<b>Телефон</b>	(800) 231-4024 С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м. PST, кроме праздничных дней
----------------	--

<b>Почта</b>	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
--------------	--

<b>Веб-сайт</b>	<a href="http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/">http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/</a>
-----------------	---

**РАЗДЕЛ 7 Программы, помогающие платить за рецептурные лекарственные препараты**

На веб-сайте Medicare ([www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](http://www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)) можно найти информацию о том, как снизить расходы на рецептурные лекарственные препараты. Приведенные ниже программы могут помочь людям с ограниченным доходом.

## Глава 2: Телефонные номера и ресурсы

---

### Программа дополнительной помощи Extra Help от Medicare

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medicaid, вы также имеете право на участие и участвуете в программе дополнительной помощи Extra Help от Medicare, которая помогает оплачивать расходы по плану, покрывающему лекарства по рецепту. Для того чтобы стать участником программы дополнительной помощи Extra Help, делать вам ничего не нужно.

Если у вас возникли вопросы о программе дополнительной помощи Extra Help, звоните:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048.
- Служба социального обеспечения (Social Security): 1-800-772-1213. Линия работает с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 7 p.m. При использовании ТТУ набирайте номер 1-800-325-0778.
- Отделение программы Medicaid вашего штата (заявки на включение в программу). Контактная информация приведена в разделе 6 этой главы.

Если вы считаете, что вы заплатили неправильную сумму за рецептурные препараты в аптеке, наш план предусматривает процедуру, которая поможет вам получить доказательства для определения правильной суммы доплаты. Если у вас уже есть доказательства правильности определенной суммы, мы расскажем, как вы можете нам их предоставить.

- Наилучшие имеющиеся данные (Best Available Evidence, BAE): см. веб-страницу [http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best\\_Available\\_Evidence\\_Policy.html](http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html). Процедура BAE используется для того, чтобы определить, имеет ли участник плана право на субсидию для лиц с низким доходом (Low-Income Subsidy, LIS). Наш Отдел обслуживания и Отдел аптек решает, в каких случаях может применяться процедура BAE. Перечень документов, которые нужно присылать в наш Отдел обслуживания для процедуры BAE (чтобы решить, имеете ли вы право на эту помощь), см. в главе 2. Кроме того, с вопросами обращайтесь в наш Отдел обслуживания. Допустимые формы документации:
  - Письмо из Управления социального обеспечения (SSA) о назначении вам субсидии
  - Извещение о назначении субсидии
  - Дополнительный социальный доход (SSI)
- Получив документы, подтверждающие, сколько вы должны доплачивать за лекарства, мы обновим данные в нашей системе, и со следующего раза вы будете платить аптеке правильные суммы. Если вы заплатите сверх размера доплаты, мы вернем вам деньги в виде чека или кредита на доплату в будущем. Если аптека не получила от вас доплату и удерживает ее как долг, мы можем произвести платеж непосредственно аптеке. Если за вас уплатил штат, мы отправим эту сумму непосредственно штату. С вопросами звоните в наш Отдел обслуживания.

### Что делать, если у вас есть право на Extra Help и покрытие от программы помощи в получении лекарственных препаратов против СПИДа AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

#### Что является собой программа ADAP?

Программа помощи в получении лекарственных препаратов против СПИДа AIDS Drug Assistance Program (ADAP) помогает больным ВИЧ/СПИДом, которые отвечают критериям включения в эту программу, получать жизненно необходимые лекарства для лечения этих заболеваний. Если рецептурные лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare Part D, также покрываются программой ADAP, то вы имеете право на софинансирование расходов в рамках программы Office of AIDS. Примечание: Для включения в программу ADAP, действующую в вашем штате, нужно отвечать определенным требованиям: постоянно проживать в штате, иметь статус носителя ВИЧ и низкий доход (согласно принятому в этом штате определению) при отсутствии страховки или ее недостаточном покрытии.

## Глава 2: Телефонные номера и ресурсы

Если вы меняете страховой план, сообщайте об этом работнику местной программы ADAP. Это позволит вам продолжить получение помощи по этой программе.

Для получения информации о критериях соответствия требованиям, покрываемых препаратами или процедуре регистрации в программе обращайтесь в Office of AIDS, (916) 449-5900.

### План оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan

План оплаты рецептурных препаратов Medicare Prescription Payment Plan — это вариант оплаты, который сочетается с вашим текущим страховым покрытием лекарственных препаратов, чтобы помочь вам управлять личными расходами на препараты, покрываемые нашим планом, распределяя их на **календарный год** (с января по декабрь). Использовать этот вариант оплаты может любой участник плана Medicare, покрывающего препараты, или плана медицинского страхования Medicare с покрытием лекарственных препаратов (например, план Medicare Advantage с покрытием лекарственных препаратов). **Этот способ оплаты поможет вам управлять расходами, но не сэкономит деньги и не снизит стоимость лекарственных препаратов. Если вы участвуете в Medicare Prescription Payment Plan и продолжаете пользоваться таким же планом Часть D, ваше участие будет автоматически продлено на 2026 год.** Программа Extra Help от Medicare, помощь от программ SPAP и ADAP для тех, кто имеет на это право, более выгодна, чем участие в Medicare Prescription Payment Plan. Чтобы узнать больше об этом варианте оплаты, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711) или посетите веб-сайт [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

<b>Medicare Prescription Payment Plan — контактная информация</b>	
<b>Телефон</b>	(866) 314-2427 Звонки на этот номер бесплатные. Отдел обслуживания ((866) 314-2427, TTY: 711) также предоставляет бесплатные услуги устного перевода людям, которые не говорят на английском языке.
<b>TTY</b>	711 Звонки на этот номер бесплатные. График работы: с 1 октября по 31 марта — ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. С 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени.
<b>Факс</b>	(310) 507-6186
<b>Почта</b>	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 OceanGate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>Веб-сайт</b>	<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>

**Глава 2: Телефонные номера и ресурсы****РАЗДЕЛ 8 Совет по вопросам социального обеспечения железнодорожников (RRB)**

Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (Railroad Retirement Board) — это независимое федеральное агентство, управляющее комплексными программами страхового покрытия для железнодорожников и их семей. Если услуги по программе Medicare вы получаете через Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта, сообщайте Совету о переезде или изменении почтового адреса. Если у вас есть вопросы относительно покрываемых услуг, предоставляемых Советом по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта, свяжитесь с ним.

**Совет по делам пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта (RRB) — контактная информация**

<b>Телефон</b>	1-877-772-5772 Звонки на этот номер бесплатные. Позвонив, нажмите “0”. Вам ответит представитель RRB. Линия работает по понедельникам, вторникам, четвергам и пятницам с 9 а.м. до 3:30 р.м., по средам — с 9 а.м. до 12 р.м. Если позвонить и нажать “1”, можно прослушать записанные сообщения на автоматической линии помощи (RRB HelpLine). Эта линия работает круглосуточно и без выходных.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701 Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи. Звонки по этому номеру <i>не</i> бесплатные.
<b>Веб-сайт</b>	<a href="https://rrb.gov/">https://rrb.gov/</a>

**РАЗДЕЛ 9 Что делать, если у вас есть коллективное или другое медицинское страхование от работодателя**

Если вы (или ваш[-а] супруг[-а] / сожитель[-ница]) получаете страховое покрытие по предоставленной работодателем коллективной страховке для работников или пенсионеров, то с вопросами о такой страховке обращайтесь к работодателю, профсоюзному администратору страховки или в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании TTY звоните по номеру 711). Так вы можете узнать о страховых взносах по своей пенсионной или предоставляемой работодателем страховке (или страховке супруга[-и] / сожителя[-ьницы]), о покрываемом медицинском обслуживании, страховых взносах и периоде регистрации. (Номера телефонов нашего Отдела обслуживания напечатаны на задней обложке этого документа.) Вы можете позвонить в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и задать любые вопросы о покрытии в рамках этого плана. При использовании TTY набирайте номер 1-877-486-2048.

## Глава 2: Телефонные номера и ресурсы

---

Если вы (или ваш[-а] супруг[-а] / сожитель[-ница]) имеете другое покрытие лекарственных препаратов по своей коллективной страховке (или страховке супруга[-и] / сожителя[-ьницы]) от работодателя для работников или пенсионеров, то с вопросами о страховом покрытии лекарств обращайтесь к **администратору коллективной страховки**. Администратор коллективной страховки поможет выяснить, как имеющееся у вас покрытие лекарственных препаратов работает с нашим планом.

## ГЛАВА 3:

# Использование плана для оплаты медицинских и других покрываемых услуг

## РАЗДЕЛ 1 Как участник нашего плана может получить медицинские и другие услуги

---

### Раздел 1.1 Сетевые поставщики и покрываемые услуги

- **Поставщики услуг** — это врачи и другие профессиональные медики, имеющие лицензию штата на оказание медицинских услуг и помощи. Термин «поставщик услуг» также включает больницы и другие медицинские учреждения.
- **Покрываемые услуги** — это медицинская помощь, медицинские услуги, принадлежности, оборудование и рецептурные лекарственные препараты, покрываемые нашим планом. Ваши покрываемые услуги и медицинская помощь приведены в Таблице покрываемых медицинских услуг в главе 4. О том, какие покрываемые услуги предусматривает наш план для рецептурных лекарственных препаратов, см. в главе 5.

### Раздел 1.2 Основные правила получения покрываемой нашим планом медицинской помощи и других покрываемых услуг

Поскольку план медицинского страхования Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) действует по программам Medicare и Medicaid, он должен покрывать все обслуживание, покрываемое по программе Original Medicare, и дополнительно может покрывать обслуживание, которое программа Original Medicare не покрывает.

План Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) обычно покрывает оказанную вам медицинскую помощь, если выполняются следующие условия:

- **Услуги, которые вы получаете, указаны в Таблице покрываемых медицинских услуг нашего плана** в главе 4.
- **Полученная вами помощь считается необходимой по медицинским показаниям.** «По медицинским показаниям» означает, что обслуживание, оборудование, принадлежности и лекарства отвечают требованиям стандартов медицинской помощи и нужны для того, чтобы предотвратить, диагностировать или вылечить ваше заболевание.
- **У вас есть сетевой основной врач (PCP), который оказывает вам помощь или наблюдает за ее оказанием.** Каждый участник нашего плана должен выбрать сетевого PCP (подробнее — в разделе 1.2 этой главы).

**Глава 3: Использование плана для оплаты медицинских и других покрываемых услуг**

---

- В большинстве случаев наш план должен дать вам предварительное разрешение (направление), чтобы вы могли обслуживаться у других поставщиков в сети нашего плана, таких как специалисты, больницы, центры квалифицированного сестринского ухода или агентства по оказанию медицинской помощи на дому. Дополнительную информацию см. в разделе 2.3.
- Вам не нужны направления от PCP для получения экстренной или неотложной помощи. Чтобы узнать о других видах помощи, которые вы можете получить без предварительного разрешения от PCP, перейдите к разделу 2.2.
- **Вы должны получать помощь у сетевого поставщика** (см. раздел 2). В большинстве случаев мы не оплачиваем помощь, которую вы получили у внесетевых (не входящих в сеть плана) поставщиков. Это означает, что вам придется в полном объеме оплатить поставщику предоставленные им услуги. *Существуют три исключения:*
  - Наш план покрывает экстренную помощь и неотложную помощь, оказанную внесетевым поставщиком услуг. Дополнительную информацию об экстренной и неотложной помощи смотрите в разделе 3.
  - Если вам нужна медицинская помощь, которую Medicare требует от нас оплачивать, но в нашей сети нет специалистов, которые могут ее оказать, вы можете обратиться ко внесетевому поставщику услуг, и при этом будет применяться та же схема софинансирования расходов, что и для аналогичного обслуживания в сети. В подобном случае вам нужно вначале получить наше предварительное подтверждение. Обратитесь в Отдел обслуживания для получения помощи. В случае получения планового медицинского обслуживания у внесетевых поставщиков услуг без предварительного подтверждения программа Medicare и план страхования не несут ответственности за соответствующие расходы. Если разрешение получено, мы покрываем оказанную вам помощь так, как если бы вы лечились у сетевого поставщика. Информация о том, как получить разрешение на посещение не сотрудничающего с нами врача, приведена в разделе 2.4.
  - План покрывает услуги гемодиализа, полученные в сертифицированном Medicare диализном центре, если вы временно находитесь вне зоны обслуживания нашего плана или если ваш поставщик таких услуг временно недоступен. Сумма, которую вы сами платите нашему плану за диализ, никогда не может превышать ту долю софинансирования расходов, которую вы платите по программе Original Medicare. Если вы находитесь вне зоны обслуживания нашего плана и получаете услуги диализа у поставщика, который не входит в сеть нашего плана, то уплачиваемая вами сумма не может превышать ту долю софинансирования расходов на диализ, которую вы платите в сети плана. Тем не менее, если ваш обычный сетевой поставщик услуг диализа временно недоступен и если вы решили пройти диализ в пределах нашей зоны обслуживания, но у поставщика, не входящего в нашу сеть, то ваша сумма софинансирования расходов на диализ может быть выше.

## **РАЗДЕЛ 2      За медицинским и другим обслуживанием следует обращаться к сетевым поставщикам плана**

---

### **Раздел 2.1      Вам нужно выбрать своего основного врача (PCP) — он вас лечит и следит за вашим лечением в целом**

#### **Кто такой основной врач (PCP) и что он делает?**

Став участником нашего плана, вы должны выбрать основного врача (PCP) из числа сетевых поставщиков услуг. Ваш PCP может быть врачом, фельдшером (практикующей медсестрой) или другим медицинским специалистом, отвечающим требованиям штата и имеющим подготовку, необходимую для оказания вам базовой медицинской помощи. Медики, которые могут быть PCP участника нашего плана, — это врачи семейной медицины (family medicine), общей практики (general practice), врачи-гериатры (geriatrics, болезни пожилых людей), специалисты по внутренним болезням (internal medicine) или акушеры / гинекологи (obstetrics/gynecology). Ваш PCP будет оказывать вам плановую, то есть базовую, помощь (подробности см. далее в разделе). Кроме того, ваш PCP координирует получение вами других покрываемых услуг как участником плана. Например, чтобы попасть на прием к специалисту, вам обычно нужно сначала получить разрешение (направление) у своего PCP. Ваш PCP будет обеспечивать большую часть вашего обслуживания и поможет вам организовать или скоординировать остальные покрываемые услуги, которые вы получаете как участник нашего плана. К ним относятся:

- Рентгеновские обследования
- Лабораторные анализы
- Терапии
- Помощь врачей-специалистов
- Госпитализация
- Последующий уход

«Координация» ваших услуг включает в себя согласование или консультации с другими сетевыми поставщиками по поводу вашего лечения и его хода. Если вам необходимы определенные виды покрываемых услуг или расходных материалов, вы должны получить предварительное разрешение от своего PCP (например, направление на прием к специалисту). В некоторых случаях вашему PCP необходимо получить от нас предварительное подтверждение. Поскольку ваш PCP будет вас лечить и координировать оказание вам медицинской помощи, вам нужно передать ему все имеющиеся у вас предыдущие медицинские карты. В разделе 3 говорится о том, как мы защищаем конфиденциальность вашей медицинской карты и персональной медицинской информации.

#### **Как выбрать PCP**

Ваши отношения с PCP имеют большое значение. Мы настоятельно рекомендуем выбирать PCP поближе к дому. Если PCP принимает поблизости, вам проще получать медицинскую помощь и легче установить с ним доверительные и открытые отношения. Чтобы получить экземпляр актуальной версии Каталога поставщиков услуг и аптек или дополнительную помощь в выборе PCP, обратитесь в Отдел обслуживания. Если вы хотите воспользоваться услугами определенного специалиста или больницы, сначала убедитесь, что ваш PCP направляет вас именно к этому специалисту или использует именно эту больницу. После того как вы выбрали своего PCP, мы рекомендуем передать ему все свои медицинские карты. Это позволит вашему PCP получить доступ к вашей истории болезни и узнать о ваших заболеваниях. Теперь ваш PCP отвечает за все ваши плановые медицинские услуги, поэтому

## Глава 3: Использование плана для оплаты медицинских и других покрываемых услуг

---

именно к нему вы должны обращаться в первую очередь при любых проблемах со здоровьем. Имя и рабочий телефон вашего РСР напечатаны на вашей карточке участника.

### Как сменить РСР

Вы можете поменять своего РСР по любой причине и в любое время. Кроме того, ваш РСР может прекратить сотрудничество с нашим планом; в этом случае вам тоже придется выбрать нового РСР.

В плане Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) действуют правила, обеспечивающие непрерывность обслуживания (Continuity-of-Care, COC). Эти правила позволяют вам обращаться к врачам и в учреждения, которые с нами не сотрудничают, в следующих ситуациях:

### Если вы недавно стали участником нашего плана, то можете продолжать лечение в течение до 90 дней:

- Если во время регистрации в плане вы проходите курс лечения у не сотрудничающего с нами медика.
- Если у вас есть используемое в настоящее время оборудование DME: Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) обеспечит постоянный доступ к необходимому вам оборудованию DME и услугам его ремонта у поставщиков, не заключивших договор с планом.
- Если вы беременны, вы будете получать непрерывное обслуживание до полного получения послеродовых услуг или в течение более длительного периода, если это необходимо для безопасного перехода к другому поставщику.

**Если вы являетесь действующим участником плана**, вы можете получать непрерывное обслуживание в течение года после прекращения действия договора между Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) и вашим врачом или учреждением при соблюдении следующих условий:

- Услуги включены в состав положенного вам обслуживания.
- Договор с поставщиком был расторгнут не из-за проблем с качеством обслуживания.
- Поставщик соглашается продолжать работу с вами.
- Поставщик соглашается принять установленные регулятором тарифы.

Персонал Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) постарается включить вашего поставщика услуг, с которым у плана не заключен договор, в сеть плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) в качестве контрактного поставщика или поможет вам и вашему поставщику услуг перевести вас на обслуживание к одному из сетевых поставщиков в течение 90-дневного периода непрерывного обслуживания. Непрерывность обслуживания будет обеспечена в рамках положенного вам набора услуг.

### Исключения из правил:

1. Сотрудники плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) могут продлить 90-дневный период настолько, насколько это необходимо для удовлетворения нестандартных потребностей, которые могут у вас возникнуть.
2. План Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) не разрешает получать постоянное обслуживание у не сотрудничающего с ним поставщика услуг в следующих случаях:
  - Вам требуется только наблюдение за вашим хроническим заболеванием.
  - Договор с медиком был разорван по причине его непрофессионализма или ненадлежащего поведения, то есть ваше здоровье может быть в опасности, если вы продолжите у него лечиться.
  - Медик отказывается вас лечить.

## Глава 3: Использование плана для оплаты медицинских и других покрываемых услуг

---

- Лечение у не сотрудничающего с планом поставщика услуг было начато **после** того, как вы стали участником плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)
3. Поставщик услуг, у которого вы хотите продолжать лечение, либо в прошлом не отвечал правилам/критериям аккредитации, которые план Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) предъявляет к сотрудничающим поставщикам услуг, либо пытается получить аккредитацию, пока вас лечит.

### Раздел 2.2 Медицинская помощь и другие услуги, которые вы можете получить без направления РСР

Следующие виды помощи можно получать без предварительного разрешения от РСР:

- Плановые услуги по охране здоровья женщин. Сюда входят осмотр груди, скрининговые маммограммы (рентгеновские снимки молочных желез), ПАП-тесты и обследование органов малого таза.
- Прививки от гриппа, вакцины против COVID-19, а также прививки от гепатита В и пневмонии.
- Экстренные услуги от сетевых или внесетевых поставщиков.
- Неотложная помощь, покрываемая планом, — это услуги, требующие немедленной медицинской помощи (но не экстренной), если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана или если, учитывая время, место и обстоятельства, получение услуги у сетевых поставщиков нецелесообразно. Примеры случаев, когда требуется неотложная помощь: непредвиденные заболевания или травмы или неожиданное обострение существующих заболеваний. Плановые посещения поставщика услуг по медицинским показаниям (например, ежегодные осмотры) не считаются неотложной помощью, даже если вы находитесь вне зоны обслуживания нашего плана или временно не можете обратиться к сотрудничающему с планом врачу или в сотрудничающее с планом учреждение.
- Услуги гемодиализа в сертифицированном Medicare диализном центре, когда вы временно находитесь вне зоны обслуживания нашего плана. Перед поездкой за пределы нашей зоны обслуживания желательно позвонить в наш Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711), чтобы мы организовали вам диализ во время поездки.

### Раздел 2.3 Как получить помощь врачей-специалистов и других сетевых поставщиков

Специалист — это врач, который предоставляет медицинские услуги для лечения определенной болезни или определенного органа. Существует много разных специалистов. Например:

- Онкологи занимаются лечением пациентов, больных раком.
- Кардиологи оказывают медицинскую помощь пациентам с заболеваниями сердца.
- Ортопеды помогают пациентам с определенными заболеваниями костей, суставов или мышц.

Ваш основной врач (РСР) координирует оказываемую вам помощь, в том числе при необходимости направляет к врачам-специалистам и другим сетевым поставщикам. Перед приемом у специалиста, сотрудничающего с нашим планом, получать разрешение не нужно. Если вам требуется помощь или процедура, на которую нужно получить предварительное подтверждение нашего плана, ваш РСР или врач-специалист свяжется с нами и попросит, чтобы вам дали такое подтверждение. Обслуживание,

### Глава 3: Использование плана для оплаты медицинских и других покрываемых услуг

---

на которое нужно получать предварительное подтверждение нашего плана, обсуждается в главе 4, раздел 2.1, этого документа. Примеры обслуживания, на которое нужно получать предварительное подтверждение: плановое (неэкстренное) стационарное лечение в больнице, помещение в центр квалифицированного сестринского ухода, медицинская помощь на дому.

Если помощь вам требуется в нерабочее время, звоните своему PCP. Эта информация приведена на вашей идентификационной карте участника плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Если вы считаете, что вам нужна экстренная помощь, сразу за ней обращайтесь. Подробнее см. в разделе 3 («Как получить покрываемые услуги в экстренных и неотложных ситуациях») на следующей странице.

#### **Если врач-специалист или другой сетевой поставщик прекращает сотрудничество с нашим планом**

В течение года мы можем вносить изменения в перечень больниц, врачей и специалистов (поставщиков услуг), входящих в сеть нашего плана. Если ваш врач или специалист перестает сотрудничать с нашим планом страхования, у вас есть такие права и меры защиты:

- Хотя в течение года сетевые поставщики плана могут меняться, Medicare требует от нас обеспечивать бесперебойное обслуживание участников плана у квалифицированных медиков и врачей-специалистов.
- О том, что поставщик услуг прекращает с нами сотрудничать, мы стараемся сообщать заранее, чтобы вы могли найти нового поставщика услуг.
  - Если лечивший вас основной врач или поставщик услуг по охране психического здоровья перестает с нами сотрудничать, мы вам об этом сообщаем, если вы приходили к нему на прием хотя бы раз за последние 3 года.
  - Если какой-нибудь другой поставщик услуг, к которому вы приписаны, у которого сейчас лечитесь или на прием у которого приходили хотя бы раз за последние 3 месяца, перестает с нами сотрудничать, мы вам об этом сообщаем.
- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного сетевого поставщика для продолжения лечения.
- Если вы проходите лечение или терапию у вашего текущего поставщика, у вас есть право попросить продолжить лечение или терапию, необходимые по медицинским показаниям. Вместе с вами мы организуем ваше дальнейшее медицинское обслуживание.
- Мы сообщим вам о доступных периодах регистрации в страховых планах и вариантах перехода в другой план.
- Если поставщик или услуга в нашей сети недоступны или недостаточны для удовлетворения ваших медицинских потребностей, мы организуем любое необходимое по медицинским показаниям покрытие услуг за пределами нашей сети поставщиков с такой же вашей долей в софинансировании расходов, как при обслуживании в сети.
- Если вы узнаете, что ваш врач или специалист собирается прекратить сотрудничество с нашим планом, свяжитесь с нами и сообщите об этом. Мы поможем вам найти нового поставщика услуг и организуем дальнейшее обслуживание.
- Если вы решаете, что мы не нашли вашему прежнему поставщику услуг достойную замену или что ваше лечение не было организовано должным образом, то можете подать жалобу на качество обслуживания (претензию) в организацию повышения качества обслуживания (QIO) и/или в наш план (см. главу 9).

## Глава 3: Использование плана для оплаты медицинских и других покрываемых услуг

---

### Раздел 2.4 Как получить помощь у поставщиков, не входящих в нашу сеть

Если вам нужна специализированная медицинская помощь, которую Medicare требует от нас покрывать, но в нашей сети нет поставщиков услуг, которые могут ее оказать, то вы можете обращаться к внесетевым поставщикам услуг. Это может быть, например, поставщик услуг, который единственный способен оказать нужную вам помощь, или помощь в специализированном центре или в передовом научно-исследовательском институте (например, при терминальной стадии почечной недостаточности [ESRD]). Других ограничений на страховое покрытие помощи, полученной у медиков и в учреждениях, которые с нами не сотрудничают или действуют вне нашей зоны обслуживания, нет.

Прежде чем обращаться ко внесетевым поставщикам услуг, нужно получить наше на это предварительное подтверждение. Попросить у нас это подтверждение можете либо вы, либо ваш основной врач (PCP). За помощью обращайтесь в наш Отдел обслуживания. Если мы даем предварительное подтверждение для получения помощи у внесетевого поставщика, то покрытие предоставляем такое, как если бы он был сетевым поставщиком.

Очень важно получить предварительное подтверждение от нашего плана, прежде чем обращаться к внесетевым поставщикам. Если вы не получите такое разрешение, мы можем отказаться покрывать помощь, полученную у такого врача (в таком учреждении). Если такой поставщик хочет, чтобы вы снова к нему пришли, чтобы продолжить лечение, вначале проверьте, выдано наше разрешение на один прием у этого внесетевого поставщика или на несколько.

**Примечание.** Участники нашего плана имеют право получать экстренную и неотложную помощь у внесетевых поставщиков. Кроме того, участникам плана с терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD), находящимся за пределами зоны обслуживания, план должен покрывать диализ за ее пределами, если этот участник плана не может обратиться в сотрудничающий с планом диализный центр.

## РАЗДЕЛ 3 Как получить экстренную или срочную медицинскую помощь, а также помощь при стихийных бедствиях

---

### Раздел 3.1 Получение помощи при экстренном состоянии

**Экстренное состояние** — это медицинское состояние, при котором вы или любой другой среднестатистический человек без медицинского образования имеете основания считать, что ваши симптомы требуют немедленной медицинской помощи и что в противном случае возможны смерть (а если вы беременная женщина, возможен выкидыш), потеря конечности или функции конечности, потеря функции или серьезное нарушение работы других органов. Такими симптомами могут быть заболевание, травма, сильная боль, быстро ухудшающееся состояние здоровья.

## Глава 3: Использование плана для оплаты медицинских и других покрываемых услуг

---

Если у вас возникло экстренное состояние:

- **Обратитесь за помощью как можно скорее.** Позвоните по номеру 911 или обратитесь в ближайший приемный покой больницы или пункт оказания экстренной помощи. При необходимости вызовите скорую помощь. Вам не нужно получать наше разрешение или направление от РСР. Вам не обязательно обращаться к сетевому врачу. Экстренную медицинскую помощь можно получать всегда, когда она требуется, в любом месте США и территорий, находящихся под управлением США, и у любого поставщика услуг, имеющего соответствующую лицензию штата, независимо от того, входит ли он в сеть плана.
- **Как можно скорее сообщите сотрудникам нашего плана о своем экстренном состоянии.** Нам нужно следить за оказанием вам экстренной помощи. Вы или кто-то другой должны позвонить нам и сообщить о том, что вы получаете экстренную помощь. Обычно это нужно сделать в течение 48 часов. Позвоните в наш Отдел обслуживания по номеру, указанному на обороте вашей карточки участника плана.

### Покрываемые услуги при экстренном состоянии

Машину скорой помощи наш план оплачивает, если попытка добраться до приемного покоя другим способом опасна для вашего здоровья. Мы также покрываем медицинские услуги в экстренной ситуации.

Решение о том, что ваше состояние стабилизировалось и экстренное состояние закончилось, принимают врачи, которые оказывают вам экстренную помощь.

После того как экстренное состояние закончится, вы можете получать последующее лечение для стабилизации вашего состояния. Врачи лечат вас до тех пор, пока не свяжутся с нами и не представят нам план дальнейшего лечения. Наш план покрывает такое последующее лечение. Если экстренную помощь вы получили у внесетевого поставщика, мы постараемся перевести вас к сетевому поставщику. Это будет сделано, как только позволят ваше состояние здоровья и обстоятельства.

### Что будет, если окажется, что состояние не было экстренным?

Иногда бывает трудно решить, экстренное состояние или нет. Например, вы обратились за экстренной помощью, считая, что ваше здоровье в серьезной опасности, а врач осмотрел вас и сказал, что ваше состояние не экстренное. Если окажется, что ваше состояние не было экстренным, но у вас были достаточные основания считать, что ваше здоровье находится в серьезной опасности, мы предоставим вам страховое покрытие полученного обслуживания.

Тем не менее после того как врач скажет, что ваше состояние не экстренное, мы будем покрывать последующую помощь, *только* если вы получите ее одним из 2-х приведенных ниже способов:

- Вы обращаетесь за помощью к сетевому поставщику.
- Дополнительное обслуживание, которое вы получили, считается «неотложной помощью», и вы соблюдали правила получения этой срочной медицинской помощи.

## Раздел 3.2 Получение помощи при неотложном состоянии

Услуга, требующая немедленного медицинского внимания (но не являющаяся экстренной), считается срочно необходимой, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана или если, учитывая время, место и обстоятельства, получение услуги/неотложной помощи у сетевых поставщиков нецелесообразно. Примеры случаев, когда требуется неотложная помощь: непредвиденные заболевания

## Глава 3: Использование плана для оплаты медицинских и других покрываемых услуг

---

или травмы или неожиданное обострение существующих заболеваний. Однако плановые посещения поставщика услуг по медицинским показаниям, такие как ежегодные осмотры, не считаются неотложной помощью, даже если вы находитесь вне зоны обслуживания плана или временно не можете обращаться к сотрудничающему с планом врачу или в сотрудничающее с планом учреждение.

Если сетевые поставщики временно недоступны, срочную медицинскую помощь можно получить в любом доступном центре срочной медицинской помощи. Кроме того, если вы говорите по-английски или по-испански, то можете позвонить на линию сестринских консультаций Nurse Advice Line по телефону English and Spanish (888) 208-8809. Пользователям TTY следует звонить по номеру 711.

За пределами США наш план покрывает экстренную и срочную медицинскую помощь по всему миру на следующих условиях:

- Страхование покрытия экстренной помощи ограничено за рубежом суммой \$50,000 за каждый календарный год. Это покрытие включает транспортировку в экстренных ситуациях, срочную медицинскую помощь, экстренную помощь и помощь после стабилизации экстренного состояния.
- Эта сумма предназначена только для страхового покрытия помощи, которая в США классифицировалась бы как экстренная или срочная медицинская помощь.
- Если вы получили экстренную помощь за пределами США и после стабилизации вашего экстренного состояния нуждаетесь в стационарном лечении, вы должны вернуться в больницу, входящую в сеть, чтобы ваше лечение было покрыто, ИЛИ получить разрешение со стороны плана на прохождение стационарного лечения в больнице, не входящей в сеть. Ваши собственные расходы в этом случае будут равны наибольшей сумме софинансирования расходов, которую вы заплатили бы в больнице, входящей в сеть. Установлена максимальная сумма покрытия.
- Вам, возможно, придется платить за помощь самостоятельно, а затем подать нам страховое требование о возмещении этих расходов.
- Иностранная налоги и сборы (например, комиссию за конвертацию валюты и операционные сборы) план не покрывает. Мы не покрываем транспортировку из другой страны обратно в США.
- Мы не покрываем обычную и плановую медицинскую помощь.

Если вы хотите узнать, оплатим ли мы какую-нибудь медицинскую помощь, то можете нас об этом спросить до того, как вы эту помощь начнете получать. Вы можете это сделать также в письменном виде. Если мы отказываемся покрывать это обслуживание или возмещать ваши расходы на него, вы можете подать апелляцию на наше решение.

### Раздел 3.3 Получение помощи во время стихийных бедствий

Если губернатор вашего штата, министр здравоохранения и социальных служб США или президент США объявляет чрезвычайное положение или стихийное бедствие в вашем регионе, у вас остается право на медицинскую помощь по нашему страховому плану.

Посетите: сайт [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com) и узнайте, как получить необходимую помощь при стихийном бедствии.

Во время стихийного бедствия за помощь, полученную у внесетевых поставщиков (если к сетевым поставщикам обратиться невозможно), вы платите по той же схеме софинансирования расходов, как если бы они были сетевыми поставщиками. Если во время объявленного чрезвычайного положения

## Глава 3: Использование плана для оплаты медицинских и других покрываемых услуг

---

вы не можете воспользоваться сетевой аптекой, то разрешается получить рецептурные лекарственные препараты в аптеке, которая с нами не сотрудничает. См. раздел 2.5 главы 5.

### РАЗДЕЛ 4 Что делать, если вы получили счет на оплату полной стоимости покрываемых услуг?

---

Если вы уплатили за покрываемые услуги или если вы уплатили за них больше вашей доли софинансирования расходов, предусмотренной вашим планом, или если вы получили счет на полную стоимость покрываемых медицинских услуг, вы можете попросить нас оплатить нашу долю расходов за покрываемые услуги. Информацию о том, что делать, см. в главе 7.

#### Раздел 4.1 Если услуги не покрываются нашим планом

План Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) покрывает все обслуживание, необходимое по медицинским показаниям, если оно перечислено в Таблице покрываемого обслуживания в главе 4. Если же вы получаете услуги, которые наш план не покрывает, или если без заранее полученного подтверждения услуги вам предоставляет не сотрудничающий с нами медик (учреждение), вы должны оплачивать их самостоятельно и в полном объеме.

Некоторые виды покрываемых услуг наш план оплачивает в ограниченном объеме. После того как сумма, выплаченная планом за такие покрываемые услуги, достигнет установленного предела, вы начинаете оплачивать их в полном объеме.

### РАЗДЕЛ 5 Медицинские услуги в рамках клинического исследования

---

#### Раздел 5.1 Что такое клиническое исследование

Клиническое исследование (другое название “*клиническое испытание*”) — это исследование, в рамках которого врачи и ученые проверяют новый вид медицинской помощи (например, новое лекарство от рака). Программа Medicare утверждает некоторые клинические исследования. Обычно для участия в клинических исследованиях, утвержденных Medicare, приглашают добровольцев. Участвуя в клиническом исследовании, вы можете оставаться участником нашего плана. Мы продолжим покрывать обслуживание, которое не связано с исследованием.

**Если исследование было утверждено Medicare, то большую часть покрываемых услуг, полученных в ходе исследования, оплачивает программа Original Medicare.** Если вы нам сообщите, что участвуете в утвержденном клиническом исследовании, вам придется платить только положенную долю софинансирования расходов за услуги, полученные в рамках исследования от сетевых поставщиков. Если вы уплатили больше, например, если вы уже уплатили положенную по программе Original Medicare сумму софинансирования расходов, мы возместим разницу между тем, что вы уплатили, и тем, что вы должны были бы уплатить сетевым поставщикам. Для того чтобы получить возмещение, нужно предоставить документы о произведенных вами платежах.

Для участия в клиническом исследовании, утвержденном Medicare, вам не нужно ни сообщать об этом нам, ни получать подтверждение у своего основного врача (PCP). Поставщики медицинских услуг, которые оказывают вам помощь в рамках клинического исследования, могут не иметь договора с

### Глава 3: Использование плана для оплаты медицинских и других покрываемых услуг

---

нашим планом. (Это не относится к покрываемым услугам, которые включают в себя в качестве компонента клинические испытания или регистровое исследование для оценки пользы, например некоторые услуги, требующие отчета с развитием доказательств [NCD-CED], и испытания медицинских изделий, получивших разрешение категории IDE. Эти услуги также могут требовать предварительного подтверждения и подпадать под действия других правил плана.)

Хотя вам не нужно получать разрешение плана на участие в клиническом исследовании, мы настоятельно рекомендуем заранее извещать нас об участии в исследовании, утвержденном Medicare.

Если вы участвуете в исследовании, не утвержденном Medicare, *вы в полном объеме несете все расходы, связанные с вашим участием в нем.*

#### Раздел 5.2 Кто оплачивает услуги в рамках клинического исследования

Участникам клинического исследования, утвержденного Medicare, программа Original Medicare покрывает обычные принадлежности и услуги, предоставляемые в рамках этого исследования. К их числу относятся, например, следующие:

- Проживание и питание во время госпитализации, которые оплачивались бы Medicare, даже если бы вы не принимали участие в исследовании.
- Операция или другая медицинская процедура, являющаяся частью научного исследования.
- Лечение побочных явлений и осложнений исследуемого лечения.

После того, как программа Medicare уплатит свою часть по счетам за эту помощь, наш план уплатит разницу между суммой софинансирования расходов по программе Original Medicare и суммой софинансирования расходов, которую должен платить участник нашего плана за помощь, полученную у сотрудничающих с нами медиков и в сотрудничающих с нами учреждениях. Это означает, что вам нужно будет платить за помощь, полученную в ходе исследования, столько же, сколько вы платили бы, получая ее непосредственно по нашему плану. Вам, однако, нужно предоставить нам документацию, подтверждающую уплаченные вами суммы софинансирования расходов. Подробнее о просьбах возместить ваши расходы см. в главе 7.

*Пример софинансирования расходов в клиническом исследовании.* Допустим, в рамках научного исследования в лаборатории вам сделали анализ, который стоит \$100. Предположим также, что ваша доля расходов на этот анализ составляет \$20 по программе Original Medicare, но по нашему плану этот анализ будет стоить вам \$10. В этом случае Original Medicare заплатит за тест \$80, а ваша доплата составит \$20 по условиям плана Original Medicare. Вам нужно сообщить нашему плану о том, что вы получали помощь в рамках утвержденного клинического исследования, и предоставить документы, например счет от поставщика услуг. После этого план уплатит непосредственно вам \$10. Чистая сумма ваших расходов на анализ составит \$10, т. е. столько же, сколько вы заплатили бы в рамках нашего плана.

Пока вы участвуете в клиническом исследовании, **ни программа Medicare, ни наш план не платят за следующее:**

- Medicare обычно не платит за новые исследуемые приспособления и исследуемое лечение. Исключение возможно только в случаях, когда Medicare оплачивает это приспособление или лечение, даже если вы не участвуете в исследовании.

## Глава 3: Использование плана для оплаты медицинских и других покрываемых услуг

---

- Приспособления и услуги, необходимые только для получения данных и не имеющие непосредственного отношения к вашему лечению. Например, Medicare не будет платить за компьютерную томографию (СТ), если исследователи проводят ее ежемесячно, но в обычной ситуации при вашем заболевании было бы достаточно провести это обследование только один раз.
- Приспособления и услуги, которые обычно заказчик (спонсор) исследования бесплатно предоставляет участникам исследования.

### Дополнительная информация об участии в клиническом исследовании

Об участии в клинических исследованиях подробно рассказывается в публикации Medicare «*Medicare и клинические исследования*» (*Medicare and Clinical Research Studies*), доступной по адресу [www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). Кроме того, можно позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048.

## РАЗДЕЛ 6 Правила получения помощи в религиозном немедицинском учреждении для обслуживания больных

---

### Раздел 6.1 Религиозное немедицинское учреждение здравоохранения

Религиозное немедицинское учреждение для обслуживания больных — это учреждение, оказывающее помощь при состояниях, которые обычно лечат в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода. Если получение помощи в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода противоречит верованиям участника плана, мы предоставляем ему страховое покрытие помощи, полученной в религиозной организации, предоставляющей немедицинское обслуживание. Это покрытие мы предоставляем только для стационарного обслуживания, покрываемого по программе Часть А (немедицинское обслуживание).

### Раздел 6.2 Как получить обслуживание в религиозном немедицинском учреждении здравоохранения

Для того чтобы получать помощь от религиозной организации, предоставляющей немедицинское обслуживание, нужно подписать заявление о том, что вы сознательно отказываетесь от «**необязательного**» медицинского лечения.

- «**Необязательное**» (**Non-excepted**) лечение или медицинская помощь — это любое *добровольное* лечение или медицинская помощь, получать которые *не требуются* федеральные законы, законы штата и местные законы.
- «**Обязательным**» (**Excepted**) лечением называется лечение или медицинская помощь, которые вы получаете *не* добровольно или которые вы *обязаны* получать в соответствии с федеральными законами, законами штата или местными законами.

Наш план покрывает помощь, полученную в религиозной организации, предоставляющей немедицинское обслуживание, если выполняются следующие условия:

- Учреждение сертифицировано Medicare.

## Глава 3: Использование плана для оплаты медицинских и других покрываемых услуг

---

- Наш план охватывает только те аспекты обслуживания, которые не связаны с *религией*.
- Если вы получаете услуги организации, находясь в таком учреждении, должны выполняться следующие условия:
  - Ваше заболевание дает вам право на получение покрываемых услуг, в частности на покрытие стационарного лечения в больнице или обслуживания в центре квалифицированного сестринского ухода.
  - – и – Вы должны заранее получить разрешение нашего плана, в противном случае мы не будем покрывать ваше пребывание в таком учреждении.
  - – и – Могут действовать ограничения на покрытие лечения в стационарной больнице по программе Medicare (см. раздел о покрываемых услугах в главе 4).

Подробнее о покрываемых услугах по программе Medicaid и о вариантах покрытия можно узнать, обратившись в наш Отдел обслуживания или в отделение программы Medicaid вашего штата (контактную информацию см. в главе 2, раздел 6).

## РАЗДЕЛ 7 Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования

---

### Раздел 7.1 Вы не станете владельцем некоторого медицинского оборудования длительного пользования после того, как сделаете определенное количество выплат по нашему плану

К медицинскому оборудованию длительного пользования (DME) относятся такие приспособления, как кислородное оборудование и принадлежности к нему, инвалидные коляски, ходунки, матрасы с электроприводом, костыли, принадлежности для людей с диабетом, устройства для генерации речи, насосы для внутривенных (IV) капельниц, небулайзеры, больничные кровати. Поставщик услуг назначает это оборудование для использования участниками на дому. Некоторые изделия DME, такие как протезы, всегда являются собственностью участника плана. Другие виды оборудования DME нужно арендовать.

В программе Original Medicare арендуемое оборудование DME некоторого типа может перейти в собственность участников, если они выплачивают доплаты за этот предмет в течение 13 месяцев. **Как участник плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), вы обычно не получаете в собственность арендованное оборудование DME, независимо от того, сколько доплат вы внесли за него.** Вы не получите право собственности, даже если совершили до 12 платежей подряд за изделие DME в рамках программы Original Medicare до вступления в наш план. В некоторых ограниченных случаях мы передаем оборудование DME в собственность участника плана. Позвоните в Отдел обслуживания, чтобы получить дополнительную информацию.

#### Что будет с деньгами, которые вы уплатили за медицинское оборудование длительного пользования, если вы перейдете в программу Original Medicare?

Если, будучи участником нашего плана, вы не получили в собственность оборудование DME, и вы перейдете в программу Original Medicare, то вам придется заново сделать 13 выплат подряд за это оборудование. Только после этого предмет DME станет вашей собственностью. Выплаты, совершенные в качестве участника нашего плана страхования, не засчитываются в пользу этих 13 выплат.

**Глава 3: Использование плана для оплаты медицинских и других покрываемых услуг**

---

Пример 1. Вы сделали не более 12 платежей подряд за устройство, пока были включены в программу Original Medicare, а затем стали участником нашего плана. Платежи, сделанные по программе Original Medicare, не учитываются. Прежде чем получить это устройство в собственность, вам нужно сделать 13 платежей нашему плану.

Пример 2. Вы сделали не более 12 платежей подряд за устройство, пока были включены в программу Original Medicare, а затем стали участником нашего плана. Вы не получили право собственности на это устройство в рамках нашего плана. Затем вы перешли обратно в программу Original Medicare. После возвращения в программу Original Medicare вам придется сделать 13 платежей подряд, чтобы получить это устройство в собственность. Никакие произведенные вами ранее платежи (нашему плану и программе Original Medicare) не учитываются.

**Раздел 7.2 Правила о кислородном оборудовании, принадлежностях к нему и его техническом обслуживании**

Если по программе Medicare вы можете получать страховое покрытие кислородного оборудования, то план Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) покрывает следующее:

- Аренда кислородного оборудования
- Доставка кислорода и кислородных смесей
- Трубки и другие принадлежности для подачи кислорода и кислородных смесей
- Обслуживание и ремонт кислородного оборудования

Если вы выйдете из плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) или кислородное оборудование вам больше не понадобится, то оно должно быть возвращено.

**Что происходит, если вы покидаете наш план и возвращаетесь в программу Original Medicare?**

Программа Original Medicare требует, чтобы поставщик кислородного оборудования обслуживал его в течение 5 лет. Первые 36 месяцев это оборудование арендуется. Оставшиеся 24 месяца поставщик предоставляет оборудование и обслуживает его (вам по-прежнему нужно делать доплаты за кислород). Через 5 лет вы можете выбрать: остаться с прежней компанией-поставщиком или выбрать другую. Затем 5-летний цикл начинается заново: даже если поставщик не изменился, вам нужно снова производить доплаты за первые 36 месяцев. Если вы становитесь участником нашего плана или его покидаете, 5-летний цикл начинается заново.

## ГЛАВА 4:

# Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)

### РАЗДЕЛ 1 Ваши расходы на покрываемые услуги.

---

Таблица покрываемых медицинских услуг, в которой приведены покрываемые услуги и сведения о том, сколько за каждую покрываемую услугу должны платить участники плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). В этом разделе также содержится информация о медицинских услугах, которые не покрываются планом, и объясняются ограничения на некоторые виды услуг.

#### Раздел 1.1 Ваши собственные расходы на покрываемые услуги

Виды собственных расходов на покрываемые услуги:

- **Доплата** — это фиксированная сумма, которую вы платите всякий раз, когда получаете определенные медицинские услуги. Платить доплату нужно, когда вы получаете медицинские услуги. (Подробные сведения о доплатах приведены в Таблице покрываемых медицинских услуг.)
- **Доля стоимости** — это процент, который вы платите от общей стоимости определенных медицинских услуг. Платить эту долю стоимости нужно, когда вы получаете такие медицинские услуги. (Подробные сведения о доле стоимости приведены в Таблице покрываемых медицинских услуг.)

#### Раздел 1.2 Какова максимальная сумма, которую вы платите сами за покрываемые медицинские услуги по программам Medicare Part A и Medicare Part B?

**Примечание:** Поскольку участники нашего плана получают помощь также по программе Medicaid, очень немногие из них достигают максимальной суммы собственных расходов. Вы не несете никаких собственных расходов за покрываемые услуги по условиям Части А и Части В.

Для участников планов Medicare Advantage установлен предел общей суммы собственных расходов на год за медицинские услуги, покрываемые по программам Medicare Part A и Medicare Part B. Этот предел называется «максимальная сумма собственных расходов» (МООР) на медицинские услуги. **В 2026 календарном году сумма МООР составляет \$9,250.**

При расчете этой максимальной суммы собственных расходов учитываются ваши платежи по доплатами доле стоимости за полученные покрываемые услуги. Ваши собственные расходы на лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D, не учитываются. Кроме того, не учитываются суммы, уплаченные вами за некоторые виды обслуживания. В Таблице покрываемых медицинских услуг такие виды обслуживания помечены звездочкой [\*].) Если общая сумма ваших собственных расходов достигнет \$9,250, то до конца года вам не нужно будет больше ничего самостоятельно платить за обслуживание,

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

---

покрываемое нами по условиям Части А и Части В. Однако вам нужно будет продолжать платить страховые взносы по программе Medicare Part B (если за страховку по программе Часть В не платит за вас программа Medicaid или другая программа или организация).

**РАЗДЕЛ 2      Таблица покрываемых медицинских услуг: покрываемые услуги и ваши расходы**

---

В Таблице покрываемых медицинских услуг на следующих страницах перечислены услуги, которые покрываются планом Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), и указана сумма, которую вы доплачиваете за каждую услугу. О покрытии лекарственных препаратов по условиям Части D говорится в главе 5. Мы покрываем услуги, перечисленные в Таблице покрываемых медицинских услуг, только если выполняются такие условия:

- Покрываемые услуги по программам Medicare предоставляются в соответствии с правилами покрытия Medicare.
- Обслуживание (в том числе медицинская помощь, услуги, принадлежности, оборудование и лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть В) *должно* быть необходимо по медицинским показаниям. «По медицинским показаниям» означает, что помощь, обслуживание, принадлежности и лекарства отвечают требованиям стандартов медицинской помощи и нужны для того, чтобы предотвратить, диагностировать или вылечить ваше заболевание.
- Если вы стали участником плана только что, то план координируемой помощи по программе Medicare Advantage (МА) должен установить минимальный 90-дневный переходный период. В это время ваш новый план по программе МА не может требовать, чтобы вы получили предварительное подтверждение на активное лечение, даже если курс лечения был начат у внесетевого поставщика услуг.
- Вы получаете обслуживание у сетевого поставщика. В большинстве случаев мы не покрываем помощь, полученную у внесетевых поставщиков. Исключение составляют экстренная и срочная медицинская помощь и случаи, когда имеется направление от плана или сетевого поставщика. Это означает, что вам придется в полном объеме оплатить внесетевому поставщику предоставленные вам услуги.
- У вас есть основной врач (РСП), который оказывает вам помощь или наблюдает за ее оказанием. В большинстве случаев ваш основной врач (РСП) должен дать вам разрешение (направление) заранее, чтобы вы могли получить обслуживание у других поставщиков в сети нашего плана.
- Некоторые виды услуг, приведенные в Таблице покрываемых медицинских услуг, мы покрываем только при условии, что ваш врач или другой сетевой поставщик заранее получил наше на то разрешение (т. н. предварительное подтверждение). Покрываемые услуги, на которые нужно вначале получать разрешение, выделены в Таблице покрываемых медицинских услуг **жирным шрифтом**.

Что еще важно знать о нашем страховом покрытии:

- Вы включены в программы Medicare и Medicaid одновременно. Программа Medicare покрывает медицинское обслуживание и рецептурные лекарственные препараты. Medicaid покрывает вашу часть софинансирования расходов на услуги, покрываемые по программе Medicare, в том числе амбулаторное лечение и лечение в стационарной больнице. Кроме того, программа Medicaid покрывает то, что программа Medicare не покрывает, например, услуги по планированию семьи.

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

- Подобно другим планам медицинского страхования Medicare, мы покрываем все то, что покрывает программа Original Medicare. (Подробнее о страховом покрытии и расходах по программе Original Medicare рассказано в брошюре *Medicare & You (Medicare и вы) на 2026 г.* Ознакомьтесь с ней онлайн на веб-сайте [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) или получите копию, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048.)
- Все виды покрываемой профилактической помощи, предоставляемой бесплатно по программе Original Medicare, по нашему плану вы получаете тоже бесплатно.
- Если в течение 2026 г. Medicare добавит покрытие каких-либо новых услуг, эти услуги будут покрываться либо самой программой Medicare, либо нашим планом.

**Если программа Medicaid доплачивает за вас суммы финансирования расходов, которые вы в противном случае должны были бы платить за покрываемое по программе Medicare обслуживание, вы не платите ничего за услуги из Таблицы покрываемых медицинских услуг при выполнении изложенных выше условий.**

Вы включены в программы Medicare и Medicaid одновременно. Медицинское обслуживание и рецептурные лекарственные препараты обычно покрываются программой Medicare. Длительное обслуживание, обслуживание по месту жительства и покрываемые безрецептурные препараты, перечисленные в Фармакологическом справочнике плана, обычно покрываются в рамках Medicaid.

**Важная информация о покрытии обслуживания участникам плана с определенными хроническими заболеваниями**

Если у вас диагностировано одно из перечисленных ниже хронических заболеваний и вы отвечаете определенным критериям, то можете иметь право на специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями.

- Сердечно-сосудистые заболевания.
- Хроническая сердечная недостаточность.
- Деменция.
- Сахарный диабет.
- Хронические заболевания легких.
- Хроническая почечная недостаточность (CKD).
- Хроническое расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и другие расстройства, связанные с употреблением наркотических веществ (SUD).
- Рак.
- Аутоиммунные заболевания.
- Избыточный вес, ожирение и метаболический синдром.
- Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта.
- ВИЧ (HIV)/СПИД (AIDS).
- Хронические и инвалидизирующие психические заболевания.
- Неврологические расстройства.
- Инсульт.
- Состояние после трансплантации органов.
- Иммунодефицит и иммунодепрессивные расстройства.
- Состояния, связанные с когнитивными нарушениями.
- Состояния, сопровождающиеся функциональными нарушениями.

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

- Хронические состояния, которые ухудшают зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние.
- Состояния, которые требуют длительной терапии для поддержки или восстановления функциональных возможностей пациента.
- Тяжелые заболевания крови

Мы будем ежегодно проверять ваше право на получение соответствующей услуги. Может потребоваться предварительное подтверждение. Мы поможем вам получить покрытие этого обслуживания. Попросить о таком обслуживании или узнать подробности можно в нашем Отделе обслуживания или у своего координатора медицинских услуг.

Примечание. Запрашивая это обслуживание, вы разрешаете представителям плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) обращаться к вам по телефону, по почте или иными способами связи, которые в явном виде указаны в заполненной бланке заявки.

- Подробности см. в разделе **Специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями** Таблицы покрываемых медицинских услуг.
- Свяжитесь с нами, чтобы узнать, на какие именно виды покрытия вы можете претендовать.



Такой значок яблока обозначает профилактические услуги в Таблице покрываемых медицинских услуг.

**Таблица покрываемых медицинских услуг**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p> <b>Скрининг на наличие аневризмы брюшной аорты</b></p> <p>Однократное ультразвуковое обследование людей из группы риска. Наш план покрывает это обследование только в том случае, если у вас есть определенные факторы риска и если вы получили направление на процедуру от своего врача, помощника врача, практикующей медсестры или клинической медсестры-специалиста.</p>	<p>Для участников программы страхования, имеющих право на такой профилактический скрининг, не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>
<p><b>Иглокальвание при хронических болях в пояснице</b></p> <p>Покрываемые услуги До 12 посещений в течение 90 дней покрываются при указанных ниже обстоятельствах. В контексте этой покрываемой услуги хроническая боль в пояснице определяется следующим образом:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• длится не менее 12 недель;</li> <li>• боль неспецифическая, то есть для нее нет конкретной системной причины (т. е. не вызвана метастазами, воспалением, инфекцией и т. д.);</li> <li>• состояние не связано с хирургическим вмешательством; и</li> </ul>	<p>Вы вносите \$0 доплаты за услуги иглокальвания, покрываемые Medicare, или соответствующую долю софинансирования расходов на услуги профессионала, если получаете услуги от врача или специалиста первичной медицинской помощи.</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Иглоукалывание при хронических болях в пояснице (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>состояние не связано с беременностью.</li> </ul> <p>Участникам плана, состояние которых показывает улучшение, мы покрываем дополнительно 8 сеансов. В год мы покрываем не более 20 сеансов иглоукалывания.</p> <p>Если боль не слабеет или усиливается, лечение должно быть прервано.</p> <p><b>Требования к поставщикам услуг:</b></p> <p>Врачи (согласно определению в разделе 1861[r][1] Закона о социальном обеспечении [Social Security Act]) могут использовать методику иглоукалывания, если это разрешено применимым законодательством штата.</p> <p>Помощники врача (Physician assistant, PA), фельдшеры (практикующие медсестры; nurse practitioners, NP), клинические сестры-специалисты (clinical nurse specialists, CNS) (согласно определению в разделе 1861[aa][5] Закона о социальном обеспечении) и вспомогательный персонал могут использовать методику иглоукалывания, если отвечают применимым требованиям штата и всем приведенным ниже критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>имеют степень магистра или доктора в области иглоукалывания или восточной медицины, полученную в учебном заведении, аккредитованном Комиссией по аккредитации в области иглоукалывания и восточной медицины (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); и</li> <li>имеют действующую, полную и неограниченную лицензию на лечение иглоукалыванием; лицензия может быть выдана штатом, территорией или содружеством (например, Пуэрто-Рико) Соединенных Штатов или District of Columbia.</li> </ul> <p>Вспомогательный персонал, практикующий иглоукалывание, должен это делать под надзором врача, помощника врача или фельдшера / клинической сестры-специалиста, как того требуют §§ 410.26 и 410.27 главы 42 Свода федеральных нормативных актов (CFR).</p>	<p>Для получения дополнительной информации см. “Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы в кабинете врача”.</p> <p>Может потребоваться направление.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>
<p><b>Иглоукалывание: плановая помощь*</b></p> <p>До 30 плановых сеансов иглоукалывания в год.</p> <p>Эти сеансы совмещаются с плановыми сеансами хиропрактики.</p>	<p>Вы платите \$0 доплаты.</p> <p>Может требоваться предварительное подтверждение.</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Иглокалывание: плановая помощь* (продолжение)</b></p>	<p>Может потребоваться направление.</p>
<p><b>Услуги скорой помощи</b></p> <p>Мы покрываем доставку больного машиной скорой помощи, медицинским самолетом или вертолетом в ближайшее медицинское учреждение, способное оказать необходимую помощь. Страховое покрытие предоставляется, если заболевание участника плана страхования не позволяет использовать другие виды транспорта (существует опасность для здоровья) или если наш план дал свое разрешение на эту услугу. Мы покрываем доставку больного как в экстренной, так и в неэкстренной ситуации.</p> <p>Но если ситуация неэкстренная, использование специального медицинского транспорта допускается только при наличии документов, подтверждающих, что состояние участника плана не позволяет перевозить его другими видами транспорта (существует опасность для здоровья) и что для использования специального медицинского транспорта существуют медицинские показания.</p>	<p>Для покрываемых по программе Medicare услуг скорой помощи не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p><b>Предварительное подтверждение для поездки в машине скорой помощи требуется только в неэкстренных случаях.</b></p>
<p><b>Ежегодный медицинский осмотр (дополнительно)*</b></p> <p>Ежегодный плановый медицинский осмотр обеспечивает покрытие дополнительных услуг по проведению медицинского осмотра, которые могут предоставляться только лечащим врачом, квалифицированной медсестрой или помощником врача. Это отличная возможность сосредоточить внимание на профилактике и скрининге. Во время планового медицинского осмотра врач обследует вас, чтобы выявить возможные нарушения здоровья посредством визуального осмотра, пальпации, аускультации и перкуссии. Все указанные методы, кроме первого, предусматривают прямой физический контакт и необходимы для выявления наличия (отсутствия) нарушений здоровья.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Если вам необходимы дополнительные услуги, ваш поставщик услуг направит вас к специалисту или при необходимости предоставит предварительное подтверждение.</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)****Покрываемая услуга****Ваши расходы****Ежегодный профилактический осмотр**

Если вы получали покрытие по программе Часть В в течение более 12 месяцев, вы можете прийти на ежегодный профилактический осмотр (визит Wellness): врач составит или обновит индивидуальный план профилактических мероприятий с учетом текущего состояния вашего здоровья и факторов риска. Мы покрываем этот прием раз в 12 месяцев.

Для прохождения ежегодного профилактического осмотра не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

**Примечание:** Первый ежегодный профилактический осмотр проводится не раньше чем через 12 месяцев со дня профилактического приема «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare). Мы покрываем ежегодные профилактические осмотры, даже если участник плана не был на профилактическом приеме «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare), но получал покрытие по программе Часть В в течение 12 месяцев.

**Измерение плотности костной ткани**

Тем, кому такие обследования показаны (обычно это люди с высоким риском потери костной массы или развития остеопороза), мы каждые 24 месяца (или чаще, если для этого есть медицинские показания) покрываем следующие услуги: определение костной массы, выявление потери костной ткани или проверка состояния костей. Это обслуживание включает также интерпретацию врачом полученных результатов обследования.

Для услуги измерения костной массы, покрываемой по программе Medicare, не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

**Профилактическое обследование на рак молочной железы (маммография)**

Покрываемые услуги:

- Одна маммография для определения исходного состояния желез (женщинам в возрасте 35–39 лет)
- Одна скрининговая маммография каждые 12 месяцев для женщин в возрасте 40 лет и старше.
- Клиническое обследование молочных желез каждые 24 месяца

Скрининговая маммография позволяет диагностировать рак груди на ранних стадиях. С момента постановки диагноза рака груди и до момента исчезновения субъективных и объективных симптомов рака груди маммография считается диагностическим обследованием, которое покрывается по категории «Амбулаторные диагностические обследования, амбулаторное терапевтическое

Для покрываемой услуги скрининговой маммографии не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
 <p><b>Профилактическое обследование на рак молочной железы (маммография) (продолжение)</b></p> <p>лечение и соответствующие принадлежности» (см. в этой таблице). Скрининговая маммография не проводится участницам плана, у которых есть субъективные или объективные симптомы рака груди.</p>	
<p><b>Услуги кардиологической реабилитации</b></p> <p>Комплексные программы кардиологической реабилитации. Участникам плана, которые соответствуют определенным критериям и имеют направление от врача, мы покрываем упражнения, медицинское просвещение и консультации. Кроме того, наш план покрывает программы интенсивной кардиологической реабилитации. Они обычно интенсивнее, чем обычные программы кардиологической реабилитации.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>
 <p><b>Профилактическое посещение врача для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (лечение сердечно-сосудистого заболевания)</b></p> <p>Мы покрываем один такой ежегодный прием у вашего основного врача. Врач обсуждает с вами лечение аспирином (если вам нужно его принимать), проверяет артериальное давление и дает советы о правильном питании.</p>	<p>Для услуги интенсивной поведенческой терапии в рамках профилактики сердечно-сосудистых заболеваний не предусмотрены оплата доли стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>
 <p><b>Скрининговые обследования на наличие сердечно-сосудистых заболеваний</b></p> <p>Раз в 5 лет (60 месяцев) мы оплачиваем вам анализы крови, необходимые для диагностики сердечно-сосудистых заболеваний (или нарушений, повышающих риск из развития).</p>	<p>За диагностику сердечно-сосудистых заболеваний, покрываемую один раз в 5 лет, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
 <p><b>Профилактическое обследование на рак шейки матки и влагалища</b></p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Для всех женщин: ПАП-тест (цитологический мазок) и гинекологический осмотр каждые 24 месяца</li> <li>• При высоком риске рака шейки матки или влагалища и женщинам детородного возраста при положительном результате цитологического мазка за 3 последних года: один цитологический мазок каждые 12 месяцев</li> </ul>	<p>Для профилактических цитологических мазков и гинекологических осмотров, покрываемых Medicare, не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>
<p><b>Услуги мануального терапевта (хиропрактика) (покрываются по программе Medicare)</b></p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мы покрываем только мануальное лечение подвывиха позвонка.</li> </ul>	<p>Для покрываемых по программе Medicare услуг мануального терапевта не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p>
<p><b>Плановая мануальная терапия*</b></p> <p>До 30 плановых сеансов мануальной терапии в год. Эти 30 сеансов совмещаются с плановыми сеансами иглоукалывания.</p>	<p>Вы платите \$0 доплаты. Может требоваться предварительное подтверждение. Может потребоваться направление.</p>
<p><b>Услуги по купированию и лечению хронической боли</b></p> <p>Покрываемые ежемесячные услуги для людей, живущих с хронической болью (постоянная или повторяющаяся боль длительностью более 3-х месяцев). Услуги могут включать оценку боли, медикаментозное лечение, а также координацию и планирование медицинского обслуживания.</p>	<p>Софинансирование расходов на эту услугу зависит от отдельных услуг, предоставляемых в рамках курса лечения.</p>

**Покрываемая услуга****Ваши расходы****Профилактическое обследование на рак толстого кишечника и прямой кишки**

Мы покрываем следующие скрининговые обследования:



- Колоноскопия не имеет ограничений по минимальному или максимальному возрасту и покрывается раз в 120 месяцев (10 лет) для пациентов, не входящих в группу высокого риска, или через 48 месяцев после предыдущей сигмоидоскопии гибким эндоскопом для пациентов, не входящих в группу высокого риска развития колоректального рака, а также один раз каждые 24 месяца для пациентов из группы высокого риска после предыдущей скрининговой колоноскопии.
- Компьютерная томографическая колонография для пациентов в возрасте 45 лет и старше, которые не подвержены высокому риску развития колоректального рака, покрывается при условии, что прошло не менее 59 месяцев после месяца, в котором была выполнена последняя скрининговая компьютерная томографическая колонография, или 47 месяцев после месяца, в котором была выполнена последняя скрининговая сигмоидоскопия гибким эндоскопом или скрининговая колоноскопия. Для пациентов с высоким риском развития колоректального рака может покрываться скрининговая компьютерная томографическая колонография, выполненная по меньшей мере через 23 месяца после месяца, в котором была выполнена последняя скрининговая компьютерная томографическая колонография или последняя скрининговая колоноскопия.
- Сигмоидоскопия гибким эндоскопом для пациентов 45 лет и старше. Один раз каждые 120 месяцев для пациентов, не входящих в группу высокого риска, после того как пациенту была проведена скрининговая колоноскопия. Один раз каждые 48 месяцев для пациентов из группы высокого риска с момента проведения последней сигмоидоскопии или компьютерной томографической колонографии.
- Скрининговые анализы на скрытую кровь в кале для пациентов 45 лет и старше. Каждые 12 месяцев.
- Многоцелевой ДНК-анализ кала для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не входящих в группу высокого риска. Каждые 3 года.
- Анализы на биомаркеры в крови для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не входящих в группу высокого риска. Каждые 3 года.

За покрываемые по программе Medicare обследования на рак толстого кишечника и прямой кишки не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.

Если во время колоноскопии или сигмоидоскопии врач обнаружит и удалит полип или другую ткань, скрининговое обследование будет считаться диагностическим.

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p> <b>Профилактическое обследование на рак толстого кишечника и прямой кишки (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Скрининговые обследования и анализы на рак толстого кишечника и прямой кишки включают контрольную скрининговую колоноскопию, если покрываемый Medicare неинвазивный скрининговый анализ кала на рак толстого кишечника дал положительный результат.</li> <li>• Профилактическое обследование на рак толстого кишечника и прямой кишки включает плановую скрининговую сигмоидоскопию гибким эндоскопом или скрининговую колоноскопию, которая включает извлечение ткани или другого вещества, либо другую процедуру, проводимую в связи с тем же клиническим случаем, что и скрининговый тест, в результате или в рамках того же клинического случая.</li> </ul>	
<p><b>Стоматологическая помощь (покрывается Medicare)</b></p> <p>Обычно программа Original Medicare не покрывает профилактическую стоматологическую помощь (чистка, периодическая проверка состояния зубов, рентгеновские снимки зубов и т. д.).</p> <p>Однако программа Medicare покрывает стоматологическую помощь в некоторых ситуациях, когда эта помощь является неотъемлемой частью лечения основного заболевания. Примеры: восстановление челюсти после перелома или травмы, удаление зубов при подготовке к лучевой терапии рака челюсти, осмотр полости рта перед трансплантацией органа.</p>	<p>Для этих услуг не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p>
<p> <b>Профилактическое обследование на наличие депрессии</b></p> <p>Раз в год мы покрываем одно профилактическое обследование на наличие депрессии. Оно должно проводиться в учреждении первичной медицинской помощи, которое может предоставить последующее лечение и/или направить к другим врачам.</p>	<p>Для ежегодного скрининга на наличие депрессии не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p> <b>Профилактическое обследование на диабет</b></p> <p>Мы покрываем это профилактическое обследование (в том числе анализ на глюкозу крови натощак), если у вас присутствуют какие-нибудь из таких факторов риска: высокое артериальное давление (гипертензия), высокий уровень холестерина или триглицеридов (дислипидемия), ожирение или высокие уровни сахара (глюкозы) в крови. Кроме того, мы можем оплачивать анализы, если вы отвечаете другим требованиям, например если у вас лишний вес или если ваши родственники болели диабетом.</p> <p>У вас может быть право на 2 скрининга на диабет каждые 12 месяцев после даты последнего скринингового теста на диабет.</p>	<p>Для скрининговых обследований на выявление диабета, покрываемых в рамках Medicare, не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>
<p> <b>Обучение жизни с диабетом; принадлежности и обслуживание для людей с диабетом</b></p> <p>Для всех людей с диабетом (независимо от того, принимают ли они инсулин). Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Определенные расходные материалы для людей с диабетом, включая продукты для определения уровня глюкозы, ограничены конкретными брендами и производителями. Предпочтительными принадлежностями для людей с диабетом являются марки Trividia Health (TrueMetrix). Актуальный список этих расходных материалов для людей с диабетом доступен на нашем веб-сайте. Дополнительную информацию можно найти в фармакологическом справочнике нашего плана или получить в Отделе обслуживания.</li> <li>• Принадлежности для контроля уровня глюкозы в крови: гликометры, тест-полоски для определения уровня глюкозы, иглы и приспособления для взятия крови, контрольные растворы глюкозы для проверки точности тест-полосок и гликометров. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Гликометры <ul style="list-style-type: none"> <li>- Покрывается, если необходим для использования на дому по назначению врача.</li> <li>- На гликометры от предпочтительных производителей получать предварительное подтверждение не нужно.</li> </ul> </li> <li>◦ Тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови <ul style="list-style-type: none"> <li>- На тест-полоски от предпочтительных производителей получать предварительное подтверждение не нужно.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Мы оплачиваем товары для диабетиков, полученные от предпочитаемого производителя, без предварительного подтверждения.</p> <p>Принадлежности покрываются, если у вас есть на них рецепт и вы получаете их в сетевой аптеке или по программе доставки аптечных товаров по почте (Mail Service Pharmacy).</p> <p>Если вам необходима проверка зрения для выявления диабетической ретинопатии или глаукомы, см. услуги врачей в разделе «Офтальмологические услуги» этой таблицы.</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)****Покрываемая услуга****Ваши расходы****Обучение жизни с диабетом; принадлежности и обслуживание для людей с диабетом (продолжение)**

- Страхование покрытие может быть ограничено: приобретать за раз можно только 30-дневный запас.
  - Контрольные растворы глюкозы для проверки точности глюкометра и качества тест-полосок.
- Людям с диабетом с серьезной стадией диабетической стопы: одну пару в календарный год терапевтической обуви, изготовленной по индивидуальному заказу (включая стельки к такой обуви) и 2 запасные пары стелек или одну пару глубокой обуви и 3 пары стелек (не считая стелек, сделанных не на заказ, которые вы получаете с такой обувью). Мы покрываем также примерку и подгонку обуви.
- При определенных условиях мы покрываем обучение жизни с диабетом.
- Покрываемые в рамках Medicare услуги при диабете:
  - Ежегодная проверка состояния глаз и обследование на глаукому
  - Осмотр стоп
  - Услуги лечебного питания / пищевой терапии (MNT)

Если у вас сахарный диабет и вам необходимо посетить врача для обследования стоп, см. раздел «Услуги подиатра» этой таблицы.

Если у вас сахарный диабет и вам требуется лечебное питание (MNT), см. в этой таблице раздел «Лечебное питание».

**На принадлежности, обувь и стельки при сахарном диабете может требоваться наше предварительное подтверждение.**

**Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие расходные материалы**

(Определение медицинского оборудования длительного пользования см. в главе 12 и в главе 3 этого документа.)

Примеры такого оборудования: инвалидные коляски, костыли, матрасы с электроприводом, расходные материалы для людей с диабетом, больничные койки, назначенные поставщиком услуг для использования на дому, инфузионные насосы для внутривенных инъекций, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование и расходные материалы, ингаляторы и ходунки.

Мы покрываем все оборудование DME, необходимое по медицинским показаниям и покрываемое программой Original Medicare. Если у ближайшего поставщика в вашем районе нет оборудования определенного производителя или определенной марки, спросите, можно ли заказать это оборудование специально для вас. Актуальный перечень поставщиков доступен на нашем веб-сайте по адресу [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com).

Для этих услуг не предусмотрена доля стоимости или доплата.

Ваша доля софинансирования расходов на покрытие кислородного оборудования Medicare составляет \$0 ежемесячно.


**Может требоваться предварительное подтверждение.**

**Для приобретения товаров у предпочтительных производителей предварительное подтверждение не требуется.**

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Экстренная помощь</b></p> <p>Экстренная помощь — это помощь, которая:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оказана поставщиком услуг, имеющим право оказывать экстренную помощь, и</li> <li>• Необходима для оценки или стабилизации экстренного состояния.</li> </ul> <p>Экстренное состояние — это медицинское состояние, при котором вы или любой среднестатистический человек без медицинского образования имеете основания считать, что ваши симптомы требуют немедленной медицинской помощи и что в противном случае возможны смерть (а если вы беременная женщина, возможен выкидыш), потеря конечности или потеря функции конечности. Такими симптомами могут быть заболевание, травма, сильная боль, быстро ухудшающееся состояние здоровья.</p> <p>За экстренную помощь, полученную по медицинским показаниям в несотрудничающих с нами учреждениях, вы платите такую же долю софинансирования расходов, как и в сетевых учреждениях.</p> <p>Экстренную помощь за пределами США мы покрываем как экстренную помощь за рубежом. Мы предлагаем страховое покрытие экстренной помощи за рубежом в размере до \$50,000 за календарный год для оплаты расходов на транспортировку в экстренных случаях, срочную медицинскую помощь, экстренную помощь и лечение после стабилизации состояния. См. в этой таблице «Страховое покрытие экстренной помощи за рубежом».</p>	<p>Если вы получили экстренную помощь в больнице, которая с нами не сотрудничает, и если после стабилизации вашего состояния вам нужна госпитализация, вы должны перейти в сетевую больницу, и тогда мы продолжим оплачивать ваше лечение. Вы можете продолжать стационарное лечение в больнице, которая с нами не сотрудничает, только с разрешения нашего плана. В этом случае ваша доля софинансирования расходов будет такой же, как при лечении в сетевой больнице.</p>
<p><b>Фитнес-услуги (дополнительно)*</b></p> <p>Вы получаете абонемент в участвующие в программе фитнес-центры. Если у вас нет возможности посещать фитнес-центр или вы предпочитаете тренироваться дома, можете выбрать набор услуг домашней физкультуры. Этот набор поможет вам вести активный образ жизни, не выходя из дома. Эти наборы включают по выбору спортивный браслет с индикаторами и наборы для занятий йогой или силовых упражнений.</p> <p>Если вы решили заниматься в фитнес-центре, можете посетить наш сайт и выбрать центр, который сотрудничает с нашим планом, или пойти прямо в сотрудничающий с нами фитнес-центр, чтобы начать занятия. Сотрудничающие с нами учреждения и фитнес-сети могут различаться в зависимости от того, где расположены, и могут меняться. Наборы для занятий физкультурой могут меняться.</p>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Прежде чем начинать занятия физкультурой или изменять свои обычные упражнения, всегда консультируйтесь со своим врачом.</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p> <b>Образовательные программы в области здоровья и здорового образа жизни*</b></p> <p><b>Программы поддержания здоровья</b></p> <p>У нас есть программы, которые помогают контролировать определенные заболевания или состояния. Среди них:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Жизнь с астмой.</li> <li>• Жизнь с депрессией.</li> <li>• Жизнь с сахарным диабетом.</li> <li>• Жизнь с высоким артериальным давлением.</li> <li>• Жизнь с сердечно-сосудистыми заболеваниями (CVD).</li> <li>• Жизнь с хронической обструктивной болезнью легких (COPD).</li> <li>• Программа для беременных.</li> </ul> <p>У нас есть учебные материалы и полезные советы. Кроме того, мы поможем вам общаться с вашим поставщиком услуг.</p> <p>Включение в программы поддержания здоровья:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мы вас автоматически включаем в программы, которые подходят вам больше всего. Мы это делаем на основании данных о страховых требованиях на оплату медицинской помощи и лекарств.</li> <li>• Кроме того, вы можете сами зарегистрироваться в такой программе или вас может зарегистрировать ваш поставщик услуг.</li> </ul> <p>Для регистрации в такой программе вы должны отвечать определенным требованиям.</p> <p>Выход из программы поддержания здоровья:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Участие в этих программах добровольное. Вы можете выйти из программы в любое время.</li> </ul> <p>Узнать подробности о программе или зарегистрироваться в ней можно, позвонив в наш отдел, занимающийся программами поддержания здоровья (Health Management Department), по телефону (866) 891-2320 (TTY: 711); линия работает с понедельника по пятницу с 6 a.m. до 6 p.m. (Pacific Standard Time).</p> <p><b>Программы популяризации здорового образа жизни</b></p> <p>Другие программы, призванные продвигать здоровый образ жизни. Это, например:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Программа контроля веса.</li> </ul>	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>

**Покрываемая услуга****Ваши расходы****Образовательные программы в области здоровья и здорового образа жизни\* (продолжение)**

Узнать подробности о программах, помогающих похудеть, и/или получить материалы этих программ можно, позвонив по номеру (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711); линия работает с понедельника по пятницу с 6 a.m. до 6 p.m. (Pacific Standard Time).

**Линия сестринских консультаций**

Если у вас есть жалобы на здоровье прямо сейчас, появились вопросы о вашем заболевании или вы хотите узнать общие сведения о доступных ресурсах здравоохранения, — линия сестринских консультаций к вашим услугам круглосуточно и без выходных.

Звонки на линию сестринских консультаций бесплатные, телефон:

English and Spanish (888) 208-8809, TTY: 711

Опытная медсестра поможет вам решить, можете ли вы лечиться сами на дому или вам нужно обратиться к врачу.

Обсудить с медсестрой свои болезни или травмы можно в любое время дня и ночи.

- Не нужно получать ни направление, ни предварительное подтверждение у нашего плана.

Эта служба не предназначена для экстренных ситуаций. В экстренных ситуациях сразу же звоните по номеру 911.

**Услуги, связанные со слухом**


Диагностика нарушений слуха и чувства равновесия, для того чтобы решить, требуется ли вам лечение. Когда эту помощь оказывает врач, специалист по проверке слуха (аудиолог) или другой квалифицированный поставщик услуг, она покрывается как амбулаторная.

Диагностику нарушений слуха и чувства равновесия покрывает программа Medicare. Эти обследования помогают решить, требуется ли вам лечение.

Обследование проводится только по медицинским показаниям, таким как потеря слуха в связи с болезнью, травмой или операцией.

За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Услуги, связанные со слухом (дополнительно)*</b></p> <p>Помимо связанных со слухом услуг, покрываемых по программе Medicare, вы можете проходить плановую проверку слуха один раз в календарный год. После плановой проверки слуха вам может быть подобран слуховой аппарат.</p> <p>Ближайшего к вам аудиолога, сотрудничающего с нашим планом, можно найти следующим образом:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Позвоните в наш Отдел обслуживания. ИЛИ</li> <li>2. Воспользуйтесь онлайн-поиском с помощью нашего инструмента поиска поставщика дополнительных связанных со слухом услуг на сайте <a href="https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare">MolinaHealthcare.com/Medicare</a>.</li> </ol> <p>Подгонка / осмотр слуховых аппаратов могут выполняться один раз в календарный год.</p> <p>Если вам необходим слуховой аппарат, вы можете получить не более 2 слуховых аппаратов из утвержденного списка от одобренного планом поставщика услуг один раз в 2 года на оба уха.</p>	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
<p> <b>Скрининг на ВИЧ (HIV)</b></p> <p>Людам, которые обращаются за скрининговым тестом на ВИЧ (HIV) или относятся к группе риска, мы покрываем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Одно скрининговое обследование раз в 12 месяцев</li> </ul> <p>Если вы беременны, мы покрываем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• До 3-х скрининговых обследований за период беременности.</li> </ul>	<p>Участникам программы страхования, имеющим право на профилактическое скрининговое обследование на ВИЧ (HIV), покрываемое в рамках Medicare, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>


**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Услуги агентств медицинской помощи на дому</b></p> <p>Перед тем как вы начнете получать медицинскую помощь на дому, врач должен подтвердить необходимость такой помощи и назначить ее оказание одним из специализированных агентств. Вы должны быть прикованы к дому, то есть выход из дома требует больших усилий.</p> <p>К покрываемым услугам относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Услуги квалифицированного сестринского ухода на неполный день или время от времени, а также медицинская помощь на дому (чтобы план покрывал медицинское обслуживание на дому, услуги квалифицированного сестринского ухода и медицинской сиделки на дому вместе должны составлять менее 8 часов в день и 35 часов в неделю).</li> <li>• Физиотерапия, трудотерапия и речевая терапия</li> <li>• Медицинские и социальные услуги</li> <li>• Медицинское оборудование и расходные материалы</li> </ul>	<p>За эти услуги не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>
<p><b>Инфузионная терапия на дому</b></p> <p>Инфузионная терапия на дому включает в себя внутривенное и подкожное введение лекарств или биопрепаратов на дому. Для этого требуется лекарство (например, противовирусное средство, иммуноглобулин), медицинская техника (например, насос) и принадлежности (например, трубки и внутривенные катетеры). К покрываемым услугам относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Профессиональная помощь, в том числе услуги медсестер, которую вам оказывают в соответствии с вашим планом обслуживания</li> <li>• Обучение и просвещение больного, которое не входит в страховое покрытие медицинского оборудования длительного пользования</li> <li>• Удаленный мониторинг состояния больного</li> <li>• Введение лекарств квалифицированным медиком и контроль введения лекарства на дому</li> </ul>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>
<p><b>Услуги хосписа</b></p> <p>Право на хосписное обслуживание участник плана получает, когда его врач и медицинский директор хосписа приходят к выводу о терминальном состоянии (т. е. болезнь неизлечима) и о том, что жить участнику плана остается не более 6 месяцев при обычном течении заболевания. В этом случае можно обращаться в любую хосписную программу, сертифицированную Medicare. Наш план</p>	<p>После того как участник плана регистрируется в хосписной программе, сертифицированной Medicare, хосписное обслуживание и услуги по</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Услуги хосписа (продолжение)</b></p> <p>обязан помочь такому участнику найти сертифицированную Medicare хосписную программу в зоне обслуживания нашего плана, в том числе такую, которой мы владеем, которую контролируем или имеем в ней финансовый интерес. Врач в хосписе может быть как сетевым поставщиком услуг, так и внесетевым.</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лекарства для симптоматического лечения и для облегчения боли</li> <li>• Краткосрочная замена человека, ухаживающего за больным</li> <li>• Обслуживание на дому</li> </ul> <p>При поступлении в хоспис вы имеете право остаться в нашем плане. Если вы остались в нашем плане, вы должны продолжать платить страховые взносы по нему.</p> <p><b><u>В случае хосписного обслуживания и обслуживания, связанного с терминальным состоянием и покрываемого по программе Medicare Part A или Medicare Part B.</u></b> Original Medicare (а не наш план) оплатит вашему поставщику услуги хосписа и любые услуги согласно Части А и Части В, связанные с вашим терминальным состоянием. Если врач или учреждение оказывает помощь по хосписной программе, счета за обслуживание, оплачиваемое программой Original Medicare, направляются в программу Original Medicare. В программе Original Medicare предусмотрено ваше участие в софинансировании расходов.</p> <p><b><u>Помощь, которую покрывает программа Medicare Part A или Medicare Part B и которая не связана с терминальным состоянием.</u></b> Помощь, которую покрывает программа Medicare Part A или Medicare Part B и которая не связана ни с экстренной или неотложной помощью, ни с терминальным состоянием. Суммы, которые участник плана платит за такую помощь, зависят от того, сотрудничает ли с нами поставщик, оказывающий такую помощь, и соблюдаются ли при этом правила нашего плана (например, требование получать предварительное подтверждение на определенное обслуживание).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Если покрываемые услуги предоставлены сетевым поставщиком и выполнены правила плана, участник плана платит только ту часть софинансирования расходов, которую план установил для обслуживания в сети.</li> <li>• Если покрываемые услуги предоставлены внесетевым поставщиком, участник плана платит часть софинансирования расходов, установленную программой Original Medicare.</li> </ul>	<p>условиям Части А и Части В, связанные с терминальным состоянием, оплачивает не план Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), а программа Original Medicare.</p> <p>Наш план покрывает консультации по хоспису (только один раз) людям, находящимся в терминальной стадии болезни, которые не воспользовались страховым покрытием хосписного обслуживания. Участникам, имеющим право на эту услугу, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Услуги хосписа (продолжение)</b></p> <p><b><u>Для услуг, которые покрываются планом Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), но не покрываются Medicare Part A или Medicare Part B:</u></b> Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) будет продолжать оплачивать покрываемые планом услуги, которые не покрываются по условиям Части А и Части В, независимо от того, связаны ли они с вашим терминальным состоянием. За это обслуживание вы платите установленную планом сумму софинансирования расходов.</p> <p><b><u>Лекарства, которые может покрывать наш план по условиям Части D.</u></b> Если эти лекарства не связаны с терминальным состоянием, по поводу которого пациент получает хосписное обслуживание, то он платит предусмотренную планом часть софинансирования расходов. Если эти лекарства связаны с терминальным состоянием, по поводу которого пациент получает хосписное обслуживание, то он платит часть софинансирования расходов, предусмотренную программой Original Medicare. Лекарственные препараты никогда не покрываются одновременно и хосписом, и нашим планом. Подробнее см. в разделе 9.4 главы 5.</p> <p><b>Примечание:</b> Если нужна помощь, не связанная с хосписным уходом (то есть не связанная с терминальным состоянием), свяжитесь с нами, и мы эту помощь организуем.</p> <p>Наш план покрывает консультации по хоспису (только один раз) людям, находящимся в терминальной стадии болезни, которые не воспользовались страховым покрытием хосписного обслуживания.</p>	
<p> <b>Иммунизация</b></p> <p>Обслуживание, покрываемое по программе Medicare Part B:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вакцины против пневмонии</li> <li>• Прививки (или вакцины) от гриппа — один раз в сезон гриппа, осенью и зимой, а также дополнительные прививки (или вакцины) от гриппа, если это необходимо по медицинским показаниям</li> <li>• Прививки против гепатита В, если вы находитесь в группе высокого или среднего риска заражения гепатитом В</li> <li>• Прививки против COVID-19</li> <li>• Другие вакцины, если они удовлетворяют правилам покрытия Medicare Part B и если вы находитесь в группе риска</li> </ul>	<p>Для прививок от пневмонии, гриппа, гепатита В и COVID-19 не предусмотрены самостоятельная оплата доли стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p> <b>Иммунизация (продолжение)</b></p> <p>Большинство прочих вакцин для взрослых включены в покрытие лекарственных препаратов Части D. Подробные сведения см. в разделе 8 главы 6.</p> <p><b>Стационарное лечение в больнице</b></p> <p>Лечение острого состояния; реабилитация в стационаре; лечение в больнице, специализирующейся на длительном обслуживании, и другие виды лечения в стационарной больнице. Стационарное лечение в больнице начинается в тот день, когда вас по направлению врача официально госпитализируют в качестве стационарного пациента. Последний день стационарного лечения — это день перед выпиской.</p> <p>К покрываемым услугам относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Двухместная палата (или отдельная, если для этого есть медицинские показания)</li> <li>• Питание, включая специальные диеты</li> <li>• Регулярные услуги медсестер</li> <li>• Помощь в специализированных отделениях (таких как отделения интенсивной терапии или кардиологические отделения)</li> <li>• Лекарства и медикаменты</li> <li>• Лабораторные анализы</li> <li>• рентгеновские снимки и другие виды лучевой диагностики / терапии;</li> <li>• Необходимые хирургические и медицинские принадлежности</li> <li>• Оборудование, например, инвалидные коляски</li> <li>• Использование операционной и послеоперационной палаты</li> <li>• Физиотерапия, трудотерапия (восстановление двигательных навыков), речевая терапия</li> <li>• Стационарное лечение от злоупотребления психотропными веществами</li> </ul>	<p>Вы платите \$0 за дни 1–90 госпитализации за каждый госпитализационный период.</p> <p>Наш план покрывает также 60 «резервных дней за все время жизни» участника. Эти дни мы покрываем «дополнительно». Если продолжительность госпитализации превышает 90 дней за госпитализационный период, вы можете использовать эти дополнительные дни. Но после того, как вы израсходуете эти дополнительные 60 дней, покрытие лечения в стационарной больнице будет ограничено 90 днями за госпитализационный период.</p> <p>Если вы после стабилизации состояния, требовавшего экстренной помощи, с нашего разрешения лечитесь во внесетевой больнице, то ваше участие в оплате будет равно</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Стационарное лечение в больнице (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>В определенных ситуациях покрываются пересадки роговицы, почек, почек / поджелудочной железы, сердца, печени, легких, сердца / легких, костного мозга, стволовых клеток, кишечника / нескольких внутренних органов. Если вам нужна пересадка, мы договоримся о консультации с утвержденным Medicare центром пересадки органов. Центр примет решение о том, будете ли вы кандидатом на трансплантацию. Центры пересадки органов могут располагаться как в зоне обслуживания плана, так и вне ее. Если сотрудничающие с нами центры пересадки органов расположены слишком далеко, можно обратиться в местный центр, который с нами не сотрудничает, но принимает плату по расценкам программы Original Medicare. Если план Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) дает одобрение на пересадку в удаленном центре (за пределами зоны обслуживания) и вы на это согласитесь, мы организуем или оплатим проживание и проезд вам и сопровождающему вас лицу. План Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) обеспечит возмещение расходов на проживание и питание в удаленном центре для медицинской помощи, связанной с трансплантацией, в размере до \$150 в день. Кроме того, можно подать запрос о возмещении затрат на топливо в сумме, эквивалентной стандартным ставкам в центах на милю для налогоплательщиков, установленных Налоговой службой (Internal Revenue Service, IRS), которые корректируются и публикуются в открытом доступе. Максимальная сумма компенсации всех затрат на поездку, проживание, питание и топливо составляет пять тысяч долларов (\$5,000) на каждую операцию трансплантации в соответствии с рекомендациями плана.</li> <li>Кровь, включая хранение и переливание. Покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается с первой необходимой вам пинты крови. Переливание всех прочих препаратов крови покрывается начиная с первой использованной пинты.</li> <li>Услуги врача</li> </ul> <p><b>Примечание:</b> Пациент считается стационарным, если поставщик услуг официально и в письменном виде назначил ему госпитализацию. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не знаете, стационарный вы пациент или амбулаторный, спросите сотрудников больницы.</p> <p>Дополнительную информацию см. в информационном бюллетене Medicare о <i>покрытии услуг больниц в рамках Medicare</i>. Этот информационный бюллетень доступен в Интернете по адресу <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>.</p>	<p>сумме софинансирования расходов при лечении в сетевых больницах.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Стационарное лечение в больнице (продолжение)</b></p> <p><a href="https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a>. Кроме того, можно получить его, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048.</p>	
<p><b>Стационарное лечение в психиатрической больнице</b></p> <p>Покрываемые услуги включают психиатрическое лечение, требующее госпитализации.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Его можно получать как в больнице общего профиля, так и в психиатрической больнице.</li> <li>Программа Medicare покрывает не более 190 дней лечения в психиатрической больнице за всю жизнь пациента.</li> <li>Если вы использовали часть своего 190-дневного пожизненного лимита до регистрации в нашем плане, то количество покрываемых за всю жизнь дней пребывания в больнице уменьшается на количество дней пребывания в стационаре психиатрической больницы с целью психиатрического лечения, ранее покрытого Medicare.</li> <li>Ограничение в 190 дней не применяется к услугам по охране психического здоровья, предоставленным в психиатрическом отделении общесоматической больницы.</li> <li>Число госпитализационных периодов для стационарного психиатрического лечения в больнице общего профиля не ограничено. У больного может быть много госпитализационных периодов при стационарном лечении в психиатрической больнице, но общий предел страхового покрытия составляет 190 дней за всю жизнь участника программы.</li> </ul> <p>Программа Medicare не покрывает следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Услуги персональных медсестер/медбратьев, не состоящих в штате больницы</li> <li>Телефон и телевизор в палате</li> <li>Одноместная палата (кроме случаев, когда она нужна по медицинским показаниям)</li> </ul>	<p>Вы платите свою долю софинансирования расходов на обслуживание Original Medicare в 2026 г. за госпитализационный период (определяется программой Medicare осенью 2025 г.). Ваша доля софинансирования расходов на обслуживание за 2025 г.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>\$1,676 не покрываемого страховкой минимума за госпитализацию</li> <li>\$0 за дни 1-60</li> <li>\$419 в день за дни 61-90</li> <li>\$838 в день за 91-й день и далее за каждый резервный день за все время жизни участника программы (до 60 дней за все время вашей жизни)*</li> <li>Все расходы, выходящие за пределы резервных дней за все время жизни участника программы Medicare</li> </ul> <p>Действуют условия в отношении госпитализационных периодов Medicare. Госпитализационный период начинается в первый день вашего поступления в стационарную больницу или</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<b>Стационарное лечение в психиатрической больнице (продолжение)</b>	<p>центр квалифицированного сестринского ухода (SNF), услуги которых покрывает Medicare.</p> <p>Госпитализационный период заканчивается после того, как вы 60 дней подряд не получаете стационарное лечение в больнице (или квалифицированное обслуживание в SNF). Если вы поступаете в больницу или в SNF после окончания госпитализационного периода, начинается новый госпитализационный период. Число покрываемых госпитализационных периодов не ограничено.</p> <p>Если вы были госпитализированы в конце года, а выписаны уже в следующем году, параметры ваших покрываемых услуг и участия в расходах определяются годом госпитализации.</p> <p>Если вы после стабилизации состояния, требовавшего экстренной помощи, с нашего разрешения лечитесь в больнице, не входящей в сеть, то ваше участие в оплате помощи будет равно максимальной сумме софинансирования расходов при лечении в больницах, входящих в сеть.</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Стационарное лечение в психиатрической больнице (продолжение)</b></p> <p><b>Пребывание в стационаре. Покрываемые услуги, полученные в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода (SNF) в период непокрываемого лечения в стационаре</b></p> <p>Если вы исчерпали число дней покрываемого стационарного лечения или если стационарное лечение не является обоснованным и необходимым, мы не будем покрывать ваше пребывание в стационаре. В некоторых случаях мы продолжаем покрывать некоторые виды помощи, которую вы получаете в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода (SNF). К покрываемым услугам относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Услуги врача</li> <li>• Диагностические исследования (например, лабораторные анализы)</li> <li>• Рентгенологические исследования, радиотерапия и изотопная терапия, включая принадлежности и обслуживание</li> <li>• Хирургические перевязочные материалы</li> <li>• Шины, фиксаторы и другие приспособления, используемые при переломах и вывихах</li> <li>• Протезы и ортопедические устройства (кроме зубных), заменяющие часть внутреннего органа или орган целиком (включая прилегающие ткани) или выполняющие работу внутреннего органа, который не может быть оперирован или функция которого не может быть восстановлена; включая замену и ремонт таких устройств</li> <li>• Иммобилизующие устройства для ног, рук, спины и шеи; биндажи; протезы рук, ног и глаз; подгонка, починка и замена протезов и устройств в связи с их поломкой, износом, потерей или изменением состояния пациента</li> <li>• Физиотерапия, речевая терапия и трудотерапия</li> </ul>	<p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p> <p>В этой таблице указана ваша доля расходов за перечисленные ниже покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы в кабинете врача»</li> <li>• «Амбулаторные диагностические обследования, амбулаторное терапевтическое лечение и соответствующие принадлежности»</li> <li>• «Протезы и сопутствующие расходные материалы»</li> <li>• «Услуги амбулаторной реабилитации»</li> </ul> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p data-bbox="110 310 909 348"><b>Страховое покрытие услуг питания (дополнительно)*</b></p> <p data-bbox="110 373 876 409"><b>Еда для пациентов с хроническими заболеваниями.</b></p> <p data-bbox="110 426 1055 730">Для получения этой услуги необходимы такие диагнозы: сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, сердечно-сосудистые заболевания (нарушения сердечного ритма, ишемическая болезнь сердца, заболевание периферических сосудов и хроническое венозное тромбэмболическое расстройство), деменция или хронические заболевания легких. Требуется ли вам это обслуживание, решает ваш координатор обслуживания или врач.</p> <p data-bbox="110 747 1055 856">Эта покрываемая услуга включает 14 порций питания каждый месяц в течение 12 месяцев календарного года, всего 168 порций питания. Тип доставляемой пищи зависит от ваших пищевых потребностей.</p> <p data-bbox="110 873 1055 1024">Ваш координатор обслуживания закажет вам доставку еды на дом. Как правило, первая доставка прибывает в течение 72 часов (3 рабочих дней) после обработки заказа. Вам заранее сообщат о дате(-ах) доставки.</p> <p data-bbox="110 1041 470 1077"><b>Питание после выписки.</b></p> <p data-bbox="110 1094 1055 1705">Данное страховое покрытие предназначено для поддержания здоровья и сил после пребывания в стационарной больнице или центре квалифицированного сестринского ухода (SNF) либо если ваше заболевание требует вашего нахождения дома в течение определенного периода. Требуется ли вам это обслуживание, решает ваш координатор обслуживания или врач. Ваш врач может попросить, чтобы вам покрывали это обслуживание, если у вас есть определенные хронические заболевания. Может потребоваться предварительное подтверждение. Данная услуга предусматривает доставку 2 порций в день в течение 14 дней — всего 28 порций. Тип доставляемой пищи зависит от ваших пищевых потребностей. Этой покрываемой услугой можно пользоваться до 4 раз в году, 112 порций питания за календарный год. Ваш координатор обслуживания закажет вам доставку еды на дом. Как правило, первая доставка прибывает в течение 72 часов (3 рабочих дней) после обработки заказа. Вам заранее сообщат о дате(-ах) доставки.</p>	<p data-bbox="1084 373 1494 520">За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p data-bbox="1084 537 1377 651"><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)****Покрываемая услуга****Ваши расходы****Лечебное питание**

Эту помощь мы покрываем людям с диабетом или почечной недостаточностью (заболеваниями почек, однако не требующими проведения диализа) и тем, кому по назначению врача была сделана пересадка почки.

Мы покрываем 3 часа индивидуальных консультаций за первый год получения диетологической помощи, покрываемой по программе Medicare (включая наш план, любой другой план Medicare Advantage или Original Medicare). В последующие годы мы покрываем по 2 часа консультаций в год. Если ваше состояние, лечение или диагноз изменились, вы можете получить больше часов лечения. Эту помощь должен назначить врач. Врач должен назначить вам это обслуживание и при необходимости повторять эти назначения каждый календарный год.

За услугу лечебного питания, покрываемую программой Medicare, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.

**Программа профилактики диабета Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)****Услуги MDPP покрываются для лиц, имеющих право на участие во всех планах медицинского страхования программы Medicare.**

Программа MDPP — это практические занятия, которые помогают изменить привычный рацион питания и повысить физическую активность и учат тому, как справиться с трудностями, связанными с похудением и здоровым образом жизни.

За участие в программе MDPP не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.

**Препараты, покрываемые программой Medicare Part B****Это лекарства, которые покрываются по условиям Части B программы Original Medicare. Участники нашего плана получают это страховое покрытие по нашему плану. Покрываемые лекарственные препараты включают:**

- Лекарства, которые больной обычно не может применять сам (уколы или капельницы на приеме у врача, во время амбулаторного лечения в больнице или в амбулаторном хирургическом центре).
- Инсулин, вводимый с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, инсулиновой помпы, необходимой по медицинским показаниям).
- Другие лекарства, которые вы принимаете с помощью разрешенного нашим планом медицинского оборудования длительного пользования (например, небулайзера).

За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.

**В случае лекарств, покрываемых по Части B, мы можем требовать поэтапного лечения.**

**Может потребоваться предварительное подтверждение.**

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)****Покрываемая услуга****Ваши расходы****Препараты, покрываемые программой Medicare Part B  
(продолжение)**

- Лекарство от болезни Альцгеймера (Alzheimer) Лекемби (Leqembi<sup>®</sup>) (название непатентованной версии — леканемаб [lecanemab]), которое вводится внутривенно. Помимо расходов на лекарства, вам могут потребоваться дополнительные обследования и анализы до и/или во время лечения, которые могут увеличить общие расходы. Обсудите со своим врачом, какие обследования и анализы могут понадобиться вам в рамках лечения.
- Факторы свертывания крови, инъекции которых больной делает сам себе при гемофилии.
- Иммуносупрессоры / лекарства, применяемые при трансплантации: Программа Medicare покрывает лекарственную терапию при трансплантации органов, если трансплантация была оплачена по этой программе. На момент трансплантации вы должны быть участником Части А, а на момент получения иммуносупрессивных препаратов — Части В. Покрытие лекарственных препаратов по программе Medicare Part D включает иммуносупрессивные препараты, если они не покрываются по условиям Части В.
- Инъекционные лекарства от остеопороза, если вы прикованы к дому, врач подтвердил наличие у вас перелома, связанного с постклимактерическим остеопорозом, и вы не можете вводить себе лекарство сами.
- Некоторые антигены. Medicare покрывает антигены, если врач готовит их, а надлежащим образом проинструктированное лицо (которым можете быть и вы, т. е. пациент) вводит их под соответствующим наблюдением.
- Некоторые пероральные лекарства от рака. Программа Medicare покрывает некоторые пероральные лекарства от рака (их нужно принимать, а не вводить), если это лекарство есть в форме инъекций или в форме предшественника активной формы (пероральное лекарство, которое после приема расщепляется с образованием активного вещества, используемого в уколах или капельницах). По мере появления новых пероральных противораковых препаратов Часть В может покрывать их. Если Часть В их не покрывает, то их покрывает Часть D.
- Пероральные препараты против тошноты. Medicare покрывает пероральные препараты против тошноты, используемые в рамках противораковой химиотерапии, если они принимаются до, во время или в течение 48 часов после химиотерапии или применяются в качестве полной терапевтической замены внутривенного препарата против тошноты.

**Покрываемая услуга****Ваши расходы****Препараты, покрываемые программой Medicare Part B  
(продолжение)**

- Некоторые пероральные препараты, назначаемые при терминальной стадии почечной недостаточности (ESRD) и покрываемые в рамках Medicare Part B.
- Кальцимитетики и фосфат-связывающие препараты при ESRD, в том числе Парсабив (Parsabiv<sup>®</sup>) для внутривенного введения и Сенсипар (Sensipar<sup>®</sup>) для перорального приема.
- Определенные лекарства для проведения диализа на дому, в том числе гепарин, антагонист гепарина, если это требуется по медицинским показаниям, и средства для поверхностной анестезии.
- Стимулирующие эритропоэз препараты. При терминальной стадии почечной недостаточности (ESRD) или для лечения анемии, связанной с основным заболеванием, программа Medicare покрывает инъекционный эритропоэтин (например, Retacrit<sup>®</sup>, Aranesp<sup>®</sup>).
- Внутривенные иммуноглобулины для лечения первичных иммунодефицитов.
- Парентеральное и энтеральное питание (внутривенное и через зонд).


Кроме того, мы покрываем некоторые вакцины по условиям Части В и большинство вакцин для взрослых по условиям Части D как рецептурные лекарственные препараты.

О страховом покрытии рецептурных лекарственных препаратов по программе Часть D и о правилах, которые надо соблюдать, для того чтобы получить это покрытие, рассказывается в главе 5. О том, сколько вы платите за рецептурные лекарственные препараты, которые наш план покрывает вам по условиям Части D, речь пойдет в главе 6.

В некоторых случаях наш план требует, чтобы вы сначала попробовали определенные лекарства для лечения вашего заболевания, прежде чем мы разрешим страховое покрытие другого лекарства от этого заболевания. Например, если лекарства А и лекарства В применяются для лечения одной и той же болезни, но лекарство А дешевле, план может потребовать, чтобы вы сначала попробовали лекарство А. Если лекарство А вам не помогает, мы станем покрывать лекарство В. О том, как мы решаем, требуется ли поэтапное лечение, можно узнать на сайте [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com).

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Предварительно пополненная дебетовая карта *</b></p> <p>На предварительно пополненную дебетовую карту выплачивается совокупное ежеквартальное пособие в размере \$120.00, которое можно использовать для оплаты дополнительных услуг, перечисленных ниже.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Безрецептурные товары</li> </ul> <p>У вас есть отдельное ежемесячное пособие в размере \$50 на приобретение еды и продуктов питания*</p> <p>* Необходимо соответствовать определенным критериям.</p> <p>Предоплаченная дебетовая карточка — это не кредитная карта. Вы не можете обналичить средства на вашей карточке и не можете давать эти деньги в долг другим людям. Денежные средства поступают на карту каждый месяц. В конце каждого периода получения услуг неиспользованные выделенные средства не переносятся на следующий месяц или год плана. Если вы выходите из плана, все неиспользованные средства возвращаются в план после даты вашего фактического выхода.</p> <p>Средства с карты могут быть использованы только для получения указанной дополнительной услуги в пределах установленного лимита. Эти средства могут быть использованы только самим участником плана. Они не могут быть потрачены на другое покрываемое обслуживание или на возмещение расходов.</p> <p>Для получения дополнительной информации о критериях соответствия требованиям на получение специального дополнительного страхового покрытия для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefits for Chronic Illnesses) обращайтесь в Отдел обслуживания плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Для получения компенсации в рамках программы специального дополнительного страхового покрытия для лиц с хроническими заболеваниями (SSBCI) участники должны иметь соответствующее требованиям хроническое заболевание и предоставить справку от врача и координаторов обслуживания Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Подробнее см. в разделе «Специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями» в этой таблице.</p>	<p>При использовании картой не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p> <b>Профилактические обследования (скрининг) на наличие ожирения и лечение, необходимое для похудения</b></p> <p>Если ваш индекс массы тела составляет не менее 30, мы покрываем консультации по вопросам похудения. Эти консультации мы покрываем, если вы получаете их в учреждении первичной медицинской помощи и если их можно согласовать с вашим комплексным профилактическим планом. За подробностями обращайтесь к своему основному врачу.</p>	<p>Для профилактического обследования на наличие ожирения и соответствующей терапии не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>
<p><b>Услуги по программе лечения зависимости от опиоидов</b></p> <p>Участники нашего плана с опиоидной зависимостью (Opioid Use Disorder, OUD) могут получать страховое покрытие лечения OUD в рамках программы Opioid Treatment Program (OTP). Лечение по этой программе включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лекарственное лечение (Medication-Assisted Treatment, MAT), утвержденное Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (U.S. Food and Drug Administration, FDA): агонисты и антагонисты опиоидов</li> <li>• Выдача и прием / введение лекарств MAT (если требуется)</li> <li>• Консультации по лечению расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ</li> <li>• Индивидуальная и групповая терапия</li> <li>• Токсикологические анализы</li> <li>• Мероприятия по приему нового пациента</li> <li>• Периодические обследования</li> </ul>	<p>За услуги программы лечения зависимости от опиатов, покрываемые по программе Medicare, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p><b>Предварительное подтверждение покрываемых Medicare услуг по программе амбулаторного лечения зависимости от опиатов не требуется, но может оказаться необходимым, если вам понадобятся лекарственные препараты для лечения зависимости от опиатов.</b></p>
<p><b>Амбулаторные диагностические обследования, амбулаторное терапевтическое лечение и соответствующие принадлежности</b></p> <p>К покрываемым услугам относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• рентгенография;</li> <li>• Лучевая (радиевая и изотопная) терапия, в том числе необходимые материалы и принадлежности</li> <li>• Хирургические принадлежности, такие как перевязочные средства</li> <li>• Шины, фиксаторы и другие приспособления, используемые при переломах и вывихах</li> </ul>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)****Покрываемая услуга****Ваши расходы****Амбулаторные диагностические обследования, амбулаторное терапевтическое лечение и соответствующие принадлежности (продолжение)**

- Лабораторные анализы
- Кровь, включая хранение и переливание. Покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается с первой необходимой вам пинты крови. Переливание всех прочих препаратов крови покрывается начиная с первой использованной пинты.
- Диагностические нелабораторные исследования, такие как СТ, MRI, EKG и PET, когда ваш врач или другой поставщик медицинских услуг назначает их для лечения медицинской проблемы.
- Другая амбулаторная диагностика: нелучевые методы диагностики, например ЭКГ, ЭЭГ, спирометрия, исследование нарушений сна, стресс-тест на беговой дорожке и т. д.
- Лучевая диагностика (в том числе комплексные исследования): КТ, ОФЭКТ, ПЭТ, МРТ, МРА, изотопные исследования, ультразвуковые исследования, маммография, интервенционные лучевые исследования (миелография, цистография, ангиография и обследования с барием).

**На амбулаторные лабораторные и радиологические услуги получать наше разрешение не требуется. Генетические лабораторные анализы требуют предварительного подтверждения.**

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Амбулаторное наблюдение в больнице</b></p> <p>Амбулаторное наблюдение в больнице позволяет врачам решить, требуется вам госпитализация или нет.</p> <p>Для того чтобы мы покрывали амбулаторное наблюдение в больнице, нужно, чтобы оно отвечало критериям программы Medicare и считалось обоснованным и необходимым. Кроме того, это наблюдение должно быть назначено врачом или другим специалистом, который уполномочен законами штата о лицензировании и подзаконными актами, действующими в отношении персонала больницы, принимать пациентов в больницу или назначать амбулаторные обследования.</p> <p><b>Примечание:</b> Если поставщик не дал письменное направление на вашу госпитализацию в больницу в качестве стационарного пациента, вы считаетесь амбулаторным пациентом и платите суммы софинансирования расходов как за амбулаторное лечение в больнице. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, стационарный вы пациент или амбулаторный, спросите об этом сотрудников больницы.</p> <p>Дополнительную информацию см. в информационном бюллетене Medicare о <i>покрытии услуг больниц в рамках Medicare</i>. Этот информационный бюллетень доступен в Интернете по адресу <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a>. Кроме того, можно получить его, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048.</p>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>
<p><b>Амбулаторное лечение в больнице</b></p> <p>Мы покрываем необходимую по медицинским показаниям помощь, которую вы получаете в амбулаторном отделении больницы для диагностики или лечения заболевания или травмы.</p> <p>К покрываемым услугам относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Помощь в отделении экстренной помощи или в амбулаторном отделении больницы (например, наблюдение за вашим состоянием или амбулаторная операция)</li> <li>• Анализы и диагностические обследования, счет за которые выставляет больница</li> <li>• Психиатрическое лечение, в том числе помощь по программам частичной госпитализации, если врач подтверждает, что в противном случае вам потребуется лечение в стационаре</li> </ul>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p>Амбулаторное лечение в больнице включено в другие виды покрываемого обслуживания в этой таблице. См. эти и другие виды покрываемых услуг при получении медицинского ухода в амбулаторных условиях:</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Амбулаторное лечение в больнице (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Рентгеновские снимки и другие виды лучевой диагностики, счета за которые выставляет больница</li> <li>Такие медицинские принадлежности, как шины и иммобилизующие аппараты</li> <li>Определенные лекарства и биологические препараты, которые нельзя принимать самостоятельно</li> </ul> <p><b>Примечание:</b> Если поставщик не дал письменное направление на вашу госпитализацию в больницу в качестве стационарного пациента, вы считаетесь амбулаторным пациентом и платите суммы софинансирования расходов как за амбулаторное лечение в больнице. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, стационарный вы пациент или амбулаторный, спросите об этом сотрудников больницы.</p> <p>Дополнительную информацию можно также найти в информационном бюллетене Medicare под названием «Стационарный или амбулаторный пациент? Если у вас Medicare — спрашивайте!» (Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!). Этот информационный бюллетень доступен в Интернете по адресу <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a>. Кроме того, можно получить его, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048. Линии работают круглосуточно и без выходных. Звонки бесплатные.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>«Экстренная помощь»</li> <li>«Страховое покрытие экстренной / срочной медицинской помощи за рубежом»</li> <li>«Амбулаторные диагностические обследования, амбулаторное терапевтическое лечение и соответствующие принадлежности»</li> <li>«Амбулаторная хирургия, включая помощь в амбулаторных отделениях больниц и амбулаторных хирургических центрах»</li> <li>«Частичная госпитализация»</li> </ul> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p> <p><b>На амбулаторные анализы и рентгеновские снимки получать наше разрешение не требуется. Генетические лабораторные анализы требуют предварительного подтверждения.</b></p>
<p><b>Амбулаторное психиатрическое лечение</b></p> <p>Покрываемые услуги:</p> <p>Психиатрическая или психологическая помощь, оказанная психиатром или другим врачом, имеющим лицензию на работу в вашем штате; клиническим психологом; клиническим социальным работником; медицинской сестрой-специалистом (clinical nurse specialist); лицензированным профессиональным консультантом (licensed professional counselor, LPC); лицензированным семейным психотерапевтом (licensed marriage and family therapist, LMFT);</p>	<p>О ежегодном профилактическом обследовании на наличие депрессии см. в разделе «Скрининг на наличие депрессии» в этой таблице.</p> <p>Если вам необходимо амбулаторное</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Амбулаторное психиатрическое лечение (продолжение)</b></p> <p>фельдшером (практикующей медицинской сестрой; nurse practitioner, NP); помощником врача (physician assistant, PA) или другим профессиональным медиком, которого Medicare признает имеющим достаточную квалификацию для предоставления психиатрического лечения в соответствии с применимыми законами штата.</p> <p>Покрываемое Medicare амбулаторное психиатрическое лечение включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Одно профилактическое обследование (скрининг) на наличие депрессии раз в календарный год. Обследование должно проводиться основным врачом в кабинете врача или клинике первичной медицинской помощи; он может оказать вам необходимую помощь или дать направление к специалисту.</li> <li>• Индивидуальная и групповая психотерапия, проводимая врачом или лицензированным специалистом, которому законами штата разрешено оказывать такую помощь.</li> <li>• Семейные консультации, если их главное назначение — способствовать вашему лечению.</li> <li>• Тестирование с целью выяснить, получаете ли вы необходимую вам помощь и помогает ли она вам.</li> <li>• Психиатрическое обследование.</li> <li>• Назначение и коррекция лекарственного лечения.</li> </ul>	<p>психиатрическое лечение, покрываемое программой Medicare, см. раздел «Частичная госпитализация» в этой таблице.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>
<p><b>Услуги амбулаторной реабилитации</b></p> <p>Покрываемые услуги включают: физиотерапию, трудотерапию и речевую терапию.</p> <p>Услуги амбулаторной реабилитации предоставляют различные учреждения, например амбулаторные отделения больниц, кабинеты частнопрактикующих медиков и центры комплексной амбулаторной реабилитации (CORF).</p>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>
<p><b>Амбулаторные услуги лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ</b></p> <p>Мы покрываем амбулаторное лечение наркотической или алкогольной зависимости без использования фармацевтических препаратов.</p> <p>Услуги могут включать интенсивное амбулаторное лечение, а также традиционное консультирование.</p>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Амбулаторная хирургия, включая помощь в амбулаторных отделениях больниц и амбулаторных хирургических центрах</b></p> <p><b>Примечание:</b> Если операцию вам делают в больнице, уточните у поставщика услуг, считаетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом. Если поставщик услуг не назначил вам в письменном виде госпитализацию в больницу в качестве стационарного пациента, вы считаетесь амбулаторным пациентом и платите суммы софинансирования расходов как за амбулаторную операцию. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом.</p>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>
<p><b>Безрецептурные (ОТС) товары (дополнительно)*</b></p> <p>Вы получаете предварительно пополненную дебетовую карту с совокупным ежеквартальным пособием в размере \$120.00 на безрецептурные (ОТС) товары.</p> <p>Безрецептурные (ОТС) слуховые аппараты покрываются за счет совокупной компенсации на покупку безрецептурных товаров.</p> <p>Дополнительную информацию см. в разделе о предварительно пополненной дебетовой карте.</p>	<p>При использовании карты не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p>Если вы превысите максимальную ежемесячную сумму, возможно, вам придется нести расходы самостоятельно.</p> <p>Могут применяться ограничения и исключения.</p>
<p><b>Частичная госпитализация и интенсивная амбулаторная помощь</b></p> <p><i>Частичная госпитализация</i> — это структурированная программа активного психиатрического лечения, проводимого амбулаторно в больнице или местном центре психического здоровья. Такое лечение интенсивнее, чем то, которое можно получить в кабинете врача, психотерапевта, лицензированного брачного и семейного терапевта (LMFT) или лицензированного профессионального консультанта. Оно используется как альтернатива госпитализации в стационарную больницу.</p> <p><i>Интенсивное амбулаторное лечение</i> — это структурированная программа активной терапии при психических (поведенческих) нарушениях. Это лечение интенсивнее, чем то, которое можно получить в кабинете врача, у психотерапевта, лицензированного брачного и семейного терапевта (LMFT) или лицензированного профессионального консультанта, но менее интенсивное, чем частичная госпитализация. Проводится в амбулаторных отделениях больницы, в местных центрах психического здоровья, в медицинских центрах с федеральной аккредитацией и в сельских клиниках.</p>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Частичная госпитализация и интенсивная амбулаторная помощь (продолжение)</b></p>	
<p><b>Персональная система экстренного реагирования Personal Emergency Response System (PERS) (дополнительно)*</b></p> <p>Персональная система экстренного реагирования (PERS) представляет собой устанавливаемую у вас дома систему медицинской сигнализации для вызова помощи в экстренной ситуации. Если вы соответствуете условиям участия в программе, вам предоставят мобильное, сотовое или стационарное устройство связи, а также небольшое устройство в виде брелока, которое следует всегда носить на себе. Брелок можно повесить на шею, запястье или подвесить на ремень. При нажатии кнопки вас соединят с представителем центра взаимодействия мониторинговой компании.</p> <p>Операторы центра доступны круглосуточно и без выходных, а в случае экстренной ситуации будут оставаться на линии, поддерживая связь с вами. Представитель центра взаимодействия направит к вам необходимую помощь независимо от того, требуется ли вам неотложная медицинская услуга или помощь члена семьи.</p> <p>С помощью мобильного или установленного у вас дома устройства PERS вы можете активировать кнопку, если у вас возникли какие-либо неэкстренные потребности. Если вам одиноко или хочется поговорить с кем-то, вам нужна помощь с записью на прием к врачу или организацией транспортировки либо вы нуждаетесь в какой-либо иной помощи, представитель центра взаимодействия поможет вам, а также сможет соединить вас с Отделом обслуживания плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) или вашим координатором медицинских услуг, чтобы вы могли получить необходимую помощь.</p>	<p>Вы платите \$0 за эту услугу.</p> <p><b>Можете ли вы получить это обслуживание, решает ваш координатор обслуживания. Требуется предварительное подтверждение.</b></p>
<p><b>Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы в кабинете врача</b></p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапевтическая или хирургическая медицинская помощь по медицинским показаниям, оказанная в кабинете врача, сертифицированном амбулаторном хирургическом центре, амбулаторном отделении больницы или любом другом учреждении. Может потребоваться предварительное подтверждение.</li> <li>• Консультация, диагностика и лечение у специалиста.</li> </ul>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>



**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)****Покрываемая услуга****Ваши расходы****Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы в кабинете врача (продолжение)**

- Первичная проверка слуха и чувства равновесия у вашего PCP, если она назначена врачом, для того чтобы выяснить, нуждаетесь ли вы в лечении.
- Некоторые услуги телемедицины, в том числе: услуги кардиологической реабилитации, услуги основного лечащего врача, услуги мануальной терапии, услуги трудотерапии, услуги врачей-специалистов, индивидуальные и групповые сеансы специалистов по психическому здоровью, услуги подиатра, услуги других медицинских специалистов, индивидуальные и групповые сеансы психиатров, услуги физиотерапии и логопедии, услуги программы лечения опиоидной зависимости, индивидуальные и групповые сеансы для амбулаторного лечения злоупотребления психоактивными веществами.
  - Эту помощь можно получить при личном посещении медика или посредством телемедицины. Если вы решите получить ее удаленно, вам нужно обратиться к сетевому поставщику, который предоставляет услуги телемедицины. Найти сетевого поставщика можно на нашем сайте [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com).
  - Виртуальный прием у медика — это прием, который проводится вне кабинета медика или вне медицинского учреждения с помощью Интернета или других видов аудио- и видеосвязи.
  - Примечание. Не все заболевания можно лечить посредством виртуальных приемов. Во время виртуального приема врач решит, нужно ли вам прийти к нему на очный прием.
- Услуги телемедицины для проведения ежемесячных приемов в связи с терминальной стадией почечной недостаточности (ESRD) для пациентов, которые проходят диализ на дому. Проводятся в больничном диализном центре или в больничном центре диализа для критических ситуаций, в диализном центре или на дому. Может потребоваться предварительное подтверждение.
- Услуги телемедицины для диагностики, оценки и лечения симптомов инсульта. Проводятся независимо от того, где находится больной.
- Услуги телемедицины для участников плана с наркотической зависимостью или связанными с ней психическими расстройствами. Проводятся независимо от того, где находится больной.

**Покрываемая услуга****Ваши расходы****Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы в кабинете врача (продолжение)**

- Услуги телемедицины для диагностики, оценки и лечения психических расстройств, если:
  - У вас был очный визит в течение 6 месяцев до первого визита в режиме телемедицины
  - Параллельно с получением услуг телемедицины вы посещаете врача каждые 12 месяцев
  - При определенных обстоятельствах могут быть сделаны исключения
- Услуги телемедицины по поводу психических нарушений, предоставляемые в сельской клинике или в медицинском центре с федеральной аккредитацией.
- 5–10-минутные удаленные консультации с вашим врачом (например, по телефону или по видеосвязи) **при соблюдении следующих условий:**
  - Вы не являетесь новым пациентом, **и**
  - Консультация не имеет отношения к приему у врача за последние 7 дней, **и**
  - В результате консультации не назначается посещение врача в течение следующих 24 часов или как можно быстрее
- Изучение видеозаписи и/или изображений, которые вы прислали своему врачу, расшифровка и меры, которые принимает ваш врач в течение 24 часов, **при соблюдении следующих условий:**
  - Вы не являетесь новым пациентом, **и**
  - Изучение изображений не имеет отношения к посещению врача за последние 7 дней, **и**
  - После удаленного изучения изображений не назначается посещение врача в течение следующих 24 часов или как можно быстрее
- Консультации вашего врача с другими врачами по телефону, через Интернет или электронную медицинскую карту.
- Мнение еще одного сетевого поставщика услуг перед проведением операции.
- Особые виды стоматологической помощи (покрываемые услуги ограничены операциями на челюстях и связанных с ними областях, лечением переломов челюстей и лицевых костей, удалением зуба при подготовке к лучевой терапии злокачественного заболевания и помощь, которую мы покрывали бы, если бы ее оказывал обычный [не зубной] врач). Может требоваться предварительное подтверждение.



**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Услуги врача / медицинского специалиста, включая приемы в кабинете врача (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Мониторинг состояния больного в кабинете врача или амбулаторном отделении больницы, если вы лечитесь лекарствами, снижающими свертываемость крови; это, например Кумадин (Coumadin), Гепарин (Heparin) или Варфарин (Warfarin).</li> </ul>	
<p><b>Услуги подиатра (покрываются по программе Medicare)</b></p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Диагностика и медицинское или хирургическое лечение травм и заболеваний стопы (например, молоткообразного пальца или пяточной шпоры)</li> <li>Обычное лечение стоп больным определенными заболеваниями, вызывающими осложнения на нижние конечности</li> </ul>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>
<p> <b>Доконтактная профилактика (PrEP) для защиты от ВИЧ (HIV)</b></p> <p>Если у вас нет ВИЧ (HIV), но ваш врач или другой практикующий медик считает, что вы подвержены повышенному риску заражения, мы покрываем препараты для доконтактной профилактики (PrEP) и связанные с ними услуги.</p> <p>Если вы соответствуете критериям, покрываются перечисленные ниже услуги.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Одобренный FDA пероральный или инъекционный препарат для PrEP. Если вы получаете инъекционный препарат, мы также покрываем стоимость его инъекционного введения.</li> <li>До 8 индивидуальных сеансов консультирования (включая оценку риска ВИЧ [HIV], снижение риска ВИЧ [HIV] и соблюдение режима приема лекарств) каждые 12 месяцев.</li> <li>До 8 скринингов на ВИЧ (HIV) каждые 12 месяцев.</li> </ul> <p>Однократный скрининг на вирус гепатита В.</p>	<p>За PrEP не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
<p> <b>Обследование на рак предстательной железы</b></p> <p>Мужчинам в возрасте 50 лет и старше мы раз в 12 месяцев покрываем следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Пальцевое ректальное исследование</li> </ul>	<p>За ежегодный анализ на PSA не нужно платить долю стоимости, доплату или не</p>



**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
 <b>Обследование на рак предстательной железы (продолжение)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Анализ на простат-специфический антиген (PSA)</li> </ul>	<p>покрываемый страховкой минимум.</p>
<p><b>Протезы, ортопедические устройства и принадлежности к ним</b></p> <p>Устройства (кроме стоматологических), которые полностью или частично замещают орган или его часть или функцию. К их числу относятся, например, тестирование, подгонка или обучение использованию протезов и ортопедических приспособлений, а также следующие устройства: мешки для колостомы и принадлежности для ухода за колостомой, кардиостимуляторы, фиксирующие устройства, обувь для протезов, искусственные конечности и протезы груди (включая специальные бюстгалтеры после мастэктомии). Кроме того, мы покрываем некоторые принадлежности, необходимые при использовании протезов и ортопедических устройств, ремонт протезов и ортопедических устройств и их замену. Сюда входит страховое покрытие некоторых услуг после удаления катаракты или операции по поводу катаракты — см. ниже в этой таблице раздел «Офтальмологические услуги».</p>	<p>Участникам, имеющим право на эту услугу, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>
<p><b>Услуги легочной реабилитации</b></p> <p>Участникам нашего плана с хронической обструктивной болезнью легких (COPD) степени от умеренной до очень тяжелой мы покрываем комплексные программы легочной реабилитации. Требуется направление, выданное врачом, у которого участник плана лечится от хронического заболевания дыхательных путей.</p>	<p>Участникам, имеющим право на эту услугу, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>
 <b>Обследование и консультации по поводу злоупотребления спиртным</b> <p>Взрослым участникам плана, злоупотребляющим спиртным (в том числе беременным женщинам), но не имеющим алкогольной зависимости, мы покрываем одно такое обследование.</p>	<p>Для покрываемой Medicare услуги скрининга и консультирования с целью сокращения злоупотребления</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p> <b>Обследование и консультации по поводу злоупотребления спиртным (продолжение)</b></p> <p>Если по результатам обследования признано, что вы спиртным злоупотребляете, вы можете получить до 4 кратких очных индивидуальных консультаций в год (во время консультации вы должны быть в ясном сознании). Консультации проводит ваш основной врач или другой медик в учреждении первичной медицинской помощи.</p>	<p>алкоголем не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>
<p> <b>Скрининг на рак легких с использованием низкодозовой компьютерной томографии (LDCT)</b></p> <p>Некоторым участникам плана, соответствующим критериям, мы каждые 12 месяцев покрываем LDCT легких.</p> <p><b>Это обследование мы покрываем следующим участникам плана:</b> люди в возрасте 50–77 лет без признаков рака легких, курящие сейчас или бросившие курить менее 15 лет назад и выкурившие не менее 20 упаковок-лет (число пачек в день, умноженное на число лет). Требуется письменное направление на LDCT по результатам консультации по поводу обследования на рак легких и приема для совместного принятия решений, которые отвечают требованиям программы Medicare в отношении таких приемов и проводятся врачом или другим квалифицированным практикующим специалистом.</p> <p><i>Обследования на рак легких с применением LDCT после первого обследования с LDCT:</i> участникам требуется направление на LDCT-обследование на рак легких; его можно получить во время любого соответствующего приема у врача или другого квалифицированного практикующего специалиста. Если врач или другой квалифицированный практикующий специалист проводит консультацию по поводу обследования на рак легких и прием для совместного принятия решений, необходимые для последующего обследования на рак легких с помощью LDCT, эти приемы должны отвечать соответствующим требованиям программы Medicare.</p>	<p>За покрываемые Medicare консультации, приемы для совместного принятия решений и LDCT не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
<p> <b>Скрининг на инфицирование вирусом гепатита С</b></p> <p>Мы покрываем один скрининг на гепатит С, если у вас есть направление от вашего основного врача или другого квалифицированного поставщика медицинских услуг и вы соответствуете одному из следующих условий:</p>	<p>За скрининг на вирус гепатита С, покрываемый по программе Medicare, не нужно платить долю стоимости,</p>


**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p> <b>Скрининг на инфицирование вирусом гепатита С (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вы подвержены высокому риску, потому что употребляете или употребляли запрещенные инъекционные наркотики.</li> <li>• Вам делали переливание крови до 1992 года.</li> <li>• Вы родились в период 1945–1965 гг.</li> </ul> <p>Если вы родились в период 1945–1965 гг. и не относитесь к группе высокого риска, мы оплачиваем скрининг один раз. Если вы подвержены высокому риску (например, продолжали употреблять запрещенные инъекционные наркотики после предыдущего отрицательного скринингового теста на гепатит С), мы покрываем ежегодный скрининг.</p>	<p>доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
<p> <b>Обследование на заболевания, передающиеся половым путем (sexually transmitted infections, STI), и консультации по профилактике таких заболеваний</b></p> <p>Мы покрываем профилактические обследования на STI: хламидиоз, гонорею, сифилис и гепатит В. Это страховое покрытие предоставляется беременным женщинам и людям из группы риска. Направление на анализы STI должен дать ваш основной врач. Мы покрываем эти анализы один раз каждые 12 месяцев и в определенные периоды беременности.</p> <p>Кроме того, взрослым, ведущим активную половую жизнь и подвергающимся повышенному риску STI, мы покрываем до 2-х очных индивидуальных интенсивных психологических консультаций длительностью от 20 до 30 минут. Такие консультации мы покрываем, только если они проводятся основным врачом и в учреждении первичной медицинской помощи, например в кабинете врача.</p>	<p>За скрининг на STI и консультации по поводу STI, покрываемые по программе Medicare, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
<p><b>Услуги по лечению болезней почек</b></p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Услуги медицинского просвещения клиентов с болезнями почек: обучение тому, как надо себя вести и как принимать информированное решение о лечении. Если у участников IV стадия хронической болезни почек, мы покрываем до 6-ти просветительских консультаций по поводу болезни почек за всю их жизнь (при наличии направления от врача)</li> </ul>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Услуги по лечению болезней почек (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Амбулаторный диализ (включая диализ у не сотрудничающих с нами диализных центров, когда вы временно находитесь вне зоны обслуживания или когда ваш диализный центр временно недоступен, см. в главе 3 этого справочника)</li> <li>Диализ в стационаре, если вы поступаете в стационар для специализированного лечения</li> <li>Обучение самостоятельному диализу (обучаем вас и тех, кто помогает вам проводить диализ на дому)</li> <li>Оборудование и принадлежности для диализа на дому</li> <li>Определенные виды помощи на дому (такие как проверка правильности проведения диализа на дому квалифицированным специалистом [если есть необходимость], помощь в экстренных ситуациях, проверка состояния диализного оборудования и доставки воды)</li> </ul> <p>Определенные препараты для диализа покрываются по условиям Medicare Part B. Информацию о покрытии лекарств по условиям Части B см. в разделе <b>Препараты, покрываемые программой Medicare Part B</b> в этой таблице.</p>	
<p><b>Обслуживание в центре квалифицированного сестринского ухода (SNF)</b></p> <p>(Определение обслуживания в центрах квалифицированного сестринского ухода см. в главе 12 этого справочника. По-английски центр квалифицированного сестринского ухода называется Skilled Nursing Facility, или SNF.)</p> <p>К покрываемым услугам относятся, например, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Двухместная палата (или отдельная, если для этого есть медицинские показания)</li> <li>Питание, включая специальные диеты</li> <li>Услуги квалифицированного сестринского ухода</li> <li>Физиотерапия, трудотерапия и речевая терапия</li> <li>Лекарства, лечение которыми входит в план лечения (включая вещества, которые образуются в организме естественным путем, например факторы свертывания крови)</li> <li>Кровь, включая хранение и переливание. Покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается с первой необходимой вам пинты крови. Переливание всех прочих препаратов крови покрывается начиная с первой использованной пинты.</li> <li>Терапевтические и хирургические принадлежности, которые обычно применяются в SNF</li> </ul>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Обслуживание в центре квалифицированного сестринского ухода (SNF) (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Лабораторные анализы, которые обычно делают в SNF</li> <li>Рентгеновские обследования и другие виды лучевой диагностики, которые обычно проводятся в SNF</li> <li>Оборудование, которое обычно используется в SNF (например, инвалидные коляски)</li> <li>Услуги врача / медицинского специалиста</li> </ul> <p>Обычно вы можете пользоваться услугами тех учреждений SNF, которые сотрудничают с нашим планом. При определенных условиях, которые указаны ниже, вы можете оплачивать такую же долю софинансирования расходов, как и в учреждениях, входящих в нашу сеть. Для этого такое учреждение должно принимать расценки нашего плана.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Это центр сестринского ухода или дом престарелых с комплексным уходом (continuing care retirement community), в котором вы жили непосредственно перед поступлением в больницу (при условии, что в нем осуществляется квалифицированный сестринский уход)</li> <li>Это SNF, в котором живет ваш(-а) супруг(-а) или партнер(-ша) в то время, когда вас выписывают из больницы</li> </ul>	
<p> <b>Лечение табачной зависимости (консультации по отказу от курения и употребления табака)</b></p> <p>Консультации по отказу от курения и употребления табака покрываются для амбулаторных и госпитализированных пациентов, которые отвечают таким критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Употребляют табачные изделия независимо от того, проявляются ли у них признаки или симптомы заболеваний, связанных с курением</li> <li>Проявляют компетентность и внимательность в процессе консультаций</li> <li>Консультации предоставляет квалифицированный врач или другой практикующий специалист, признанный Medicare</li> </ul> <p>Мы покрываем 2 попытки прекращения курения в год (каждая попытка может включать не более 4 сеансов умеренной или высокой интенсивности, при этом пациент получает до 8 сеансов в год).</p>	<p>За покрываемые Medicare профилактические услуги отказа от курения и употребления табака не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Особое дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями</b></p> <p>Если у вас диагностировано одно из следующих хронических заболеваний и вы отвечаете определенным критериям, то можете иметь право на специальное дополнительное страховое покрытие для людей с хроническими заболеваниями.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сердечно-сосудистые заболевания</li> <li>• Хроническая сердечная недостаточность</li> <li>• Деменция</li> <li>• Сахарный диабет</li> <li>• Хронические заболевания легких</li> <li>• Хроническая почечная недостаточность (CKD)</li> <li>• Хроническое расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и другие расстройства, связанные с употреблением наркотических веществ (SUD)</li> <li>• Рак</li> <li>• Аутоиммунные заболевания</li> <li>• Избыточный вес, ожирение и метаболический синдром</li> <li>• Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта</li> <li>• Тяжелые заболевания крови</li> <li>• ВИЧ/СПИД (HIV/AIDS)</li> <li>• Хронические и приводящие к потере трудоспособности психические заболевания</li> <li>• Неврологические заболевания</li> <li>• Инсульт</li> <li>• Состояние после трансплантации органов</li> <li>• Иммунодефицит и иммунодепрессивные расстройства</li> <li>• Состояния, связанные с когнитивными нарушениями</li> <li>• Состояния, сопровождающиеся функциональными нарушениями</li> <li>• Хронические состояния, которые ухудшают зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние</li> <li>• Состояния, которые требуют длительной терапии для поддержки или восстановления функциональных возможностей пациента</li> </ul> <p>Мы поможем вам получить покрытие этого обслуживания. Попросить о таком обслуживании или узнать подробности можно в нашем Отделе обслуживания или у своего координатора медицинских услуг.</p> <p>Примечание. Запрашивая это обслуживание, вы разрешаете представителям плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) обращаться к вам по телефону, по почте или иными способами связи, которые в явном виде указаны в заполненном бланке заявки.</p>	<p>Оплата доли стоимости или внесение доплаты при использовании предварительно пополненной дебетовой карты не предусмотрено.</p> <p><b>Может требоваться участие в программе координации обслуживания. Кроме того, участнику нужно получить подписанное согласие врача на проведение теста при условии отсутствия архивной медицинской информации.</b></p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Особое дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями (продолжение)</b></p> <p>После утверждения на вашу предварительно пополненную дебетовую карту ежемесячно переводится совокупное пособие в размере \$50, которые вы можете расходовать на оплату услуг SSBCI. Неизрасходованные к концу месяца денежные средства не переносятся на следующий месяц.</p> <p><b>Пища и продукты питания</b></p> <p>Вы можете использовать денежную компенсацию на вашей предварительно пополненной дебетовой карте для приобретения различных фирменных и других продуктов здорового питания в ближайшем участвующем в программе магазине либо онлайн с доставкой на дом без дополнительных расходов на веб-сайте <a href="http://Members.NationsBenefits.com/Molina">Members.NationsBenefits.com/ Molina</a>.</p> <p>См. раздел «Предоплаченная дебетовая карта (карта)» для ознакомления с полным списком покрываемых услуг, которые включены в объем совокупного пособия.</p>	
<p><b>Лечебная физкультура под наблюдением (SET)</b></p> <p>Лечебную физкультуру под наблюдением SET мы покрываем участникам плана с симптоматическим заболеванием периферических артерий (Peripheral Artery Disease, PAD).</p> <p>Если требования программы SET соблюдаются, то мы покрываем до 36 сеансов за 12 недель.</p> <p>Программа лечебной физкультуры под наблюдением (SET):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Состоит из 30–60-минутных занятий, включающих обучение физическим упражнениям для лечения PAD у больных с мышечными болями сосудистого происхождения</li> <li>• Проводится в амбулаторном отделении больницы или в кабинете врача</li> <li>• Проводится квалифицированным специалистом, который следит за тем, чтобы польза превышала вред, и который обучен методике лечебной физкультуры при PAD</li> <li>• Проводится под непосредственным наблюдением врача, помощника врача, фельдшера (практикующей медсестры) или клинической медсестры-специалиста. Этот врач / медик должен владеть базовыми и специальными приемами реанимации</li> </ul> <p>Мы можем покрыть более 36 занятий SET за 12 недель, если поставщик медицинских услуг считает это нужным. Мы можем</p>	<p>Для участников, имеющих право на эту услугу, не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p><b>Может требоваться предварительное подтверждение.</b></p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Лечебная физкультура под наблюдением (SET) (продолжение)</b></p> <p>покрыть дополнительные 36 занятий за более продолжительный период.</p>	
<p><b>Неотложная помощь</b></p> <p>Услуги срочного характера, покрываемые планом, т. е. услуги, требующие незамедлительной медицинской помощи, но не являющиеся экстренными, считаются услугами неотложной помощи, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана либо, даже если вы находитесь в зоне обслуживания нашего плана, с учетом вашего времени, места и обстоятельств получать эти услуги у сетевых поставщиков, с которыми у плана есть договор, нецелесообразно. Наш план должен покрывать услуги неотложной помощи и взимать с вас только такую же часть софинансирования расходов, как если бы вы обслуживались у сетевых поставщиков. Примеры случаев, когда требуется неотложная помощь: непредвиденные заболевания или травмы или неожиданное обострение существующих заболеваний. Плановые посещения поставщика услуг по медицинским показаниям (например, ежегодные осмотры) не считаются неотложной помощью, даже если вы находитесь вне зоны обслуживания нашего плана или временно не можете обратиться к сотрудничающему с планом врачу или в сотрудничающее с планом учреждение.</p> <p>Неотложную помощь за пределами США мы покрываем как экстренную / срочную медицинскую помощь за рубежом. Мы предлагаем страховое покрытие экстренной помощи за рубежом в размере до \$50,000 за календарный год для оплаты расходов на транспортировку в экстренных случаях, срочную медицинскую помощь, экстренную помощь и лечение после стабилизации состояния. См. в этой таблице «Страховое покрытие экстренной / срочной медицинской помощи за рубежом».</p>	<p>За эту услугу не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>
<p> <b>Офтальмологические услуги (покрываются по программе Medicare)</b></p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Амбулаторная врачебная помощь для диагностики и лечения заболеваний и травм глаза, в том числе лечение возрастной макулодистрофии. Программа Original Medicare не покрывает обычные проверки зрения, необходимые для подбора очков и контактных линз.</li> </ul>	<p>Участникам, имеющим право на эту услугу, не нужно платить долю стоимости, доплату или не покрываемый страховкой минимум.</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)****Покрываемая услуга****Ваши расходы****Офтальмологические услуги (покрываются по программе Medicare) (продолжение)**

- Для людей с высоким риском развития глаукомы мы оплачиваем один скрининг (профилактическое обследование) на глаукому ежегодно. Группы высокого риска: глаукома у родственников; диабет; афроамериканцы в возрасте 50 лет и старше, латиноамериканцы в возрасте 65 лет и старше.
- Людям с диабетом мы раз в год покрываем скрининговое обследование на диабетическую ретинопатию.
- Одна пара очков или контактных линз после каждой операции по поводу катаракты, предусматривающей введение интраокулярных линз. Если вы перенесли 2 отдельные операции по удалению катаракты, вы не можете зарезервировать эту покрываемую услугу на будущее после первой операции и приобрести 2 пары очков после второй.

**Офтальмологические услуги (дополнительно)\***

Мы сотрудничаем с определенной группой специалистов в области офтальмологии/оптометрии, чтобы расширить ваши возможности в отношении плановых проверок зрения.

Для этой услуги не предусмотрена доля стоимости или доплата.

К дополнительным офтальмологическим услугам относятся, в частности, перечисленные ниже:

Покрытие включает:

- Один плановый офтальмологический осмотр каждый календарный год
- Компенсация на приобретение приборов для коррекции дефектов зрения

Вы можете использовать компенсацию на приобретение приборов для коррекции дефектов зрения \$200 для покупки следующего:

- Контактные линзы\*
- Очки (линзы и оправы)
- Линзы и/или оправы для очков

\* Если вы предпочтете контактные линзы, то компенсацию на приобретение приборов для коррекции дефектов зрения также можно использовать для полной или частичной оплаты подбора контактных линз. Вам придется оплатить любые средства коррекции зрения, стоимость которых превышает указанную сумму компенсации на приобретение приборов для коррекции дефектов зрения.

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Офтальмологические услуги (дополнительно)* (продолжение)</b></p> <p>Вы доплачиваете \$0 за не более чем одну плановую проверку зрения (и рефрактометрию) для приобретения очков каждый календарный год.</p>	
<p> <b>Профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare»</b></p> <p>Наш план покрывает один профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare). Когда вы придете к врачу, он оценит состояние вашего здоровья, скажет, какая профилактическая помощь нужна (в том числе профилактические обследования и прививки), и при необходимости даст направления к другим врачам.</p> <p><b>Важно!</b> Мы покрываем профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare) только в течение первых 12 месяцев после вашего включения в программу Medicare Part B. Записываясь на прием к врачу, сообщите, что вы хотите назначить профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare).</p>	<p>За профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare) не предусмотрены доля стоимости, доплата или не покрываемый страховкой минимум.</p>
<p><b>Страховое покрытие экстренной / срочной медицинской помощи за рубежом (дополнительно)*</b></p> <p>В качестве дополнительной услуги ваше страховое покрытие включает покрытие экстренной / срочной медицинской помощи за рубежом (за пределами США) в размере до \$50,000 каждый календарный год.</p> <p>Покрываются только услуги, которые считались бы экстренной или срочной медицинской помощью, если бы оказывались на территории США. Страховое покрытие медицинской помощи за рубежом включает экстренную или срочную медицинскую помощь, транспортировку в экстренных ситуациях, срочную медицинскую помощь, экстренную транспортировку машиной скорой помощи с места возникновения экстренной ситуации в ближайшее медицинское учреждение и уход после стабилизации состояния.</p> <p>Услуги скорой помощи покрываются в тех случаях, когда все прочие способы добраться до отделения экстренной помощи представляют угрозу для вашего здоровья.</p> <p>В такой ситуации мы просим, чтобы вы или человек, который за вами ухаживает, нам позвонили. Мы постараемся перевести вас к сетевому поставщику для получения ухода, как только позволят ваше заболевание и обстоятельства.</p>	<p>Для этой услуги не предусмотрена доля стоимости или доплата.</p> <p>Если вы получили экстренную помощь за пределами США и после стабилизации вашего экстренного состояния нуждаетесь в стационарном лечении, вы должны вернуться в больницу, входящую в сеть, чтобы ваше лечение было покрыто, ИЛИ получить разрешение со стороны плана на прохождение стационарного лечения в больнице, не входящей в сеть. Ваши собственные расходы в этом случае будут равны сумме</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Покрываемая услуга	Ваши расходы
<p><b>Страховое покрытие экстренной / срочной медицинской помощи за рубежом (дополнительно)* (продолжение)</b></p> <p>Мы не покрываем транспортировку из другой страны обратно в США. Мы не покрываем обычную и плановую медицинскую помощь. Иностраные налоги и сборы (например, комиссию за конвертацию валюты и операционные сборы) план не покрывает.</p> <p>США означает 50 штатов, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island и American Samoa.</p>	<p>софинансирования расходов, которую вы заплатили бы в больнице, входящей в сеть. Установлена максимальная сумма покрытия.</p> <p>Возможно, вам придется оплатить полученную помощь самостоятельно. В этом случае попросите нас возместить ваши расходы на экстренную / срочную медицинскую помощь, полученную за пределами США.</p> <p>Для этого вида помощи максимальная сумма покрытия по нашему плану составляет \$50,000 за календарный год.</p>

**Раздел 2.1 Дополнительные услуги, которые вы можете приобрести**

*[Include this section if you offer optional supplemental benefits in the our plan and describe benefits below. Plans must explain how these benefits are different than what is covered under Medicaid and must indicate if any of the optional supplemental benefits are covered by Medicaid. You may include this section either in the EOC or as an insert to the EOC.]*

Наш план предлагает некоторые дополнительные покрываемые услуги, которые не покрываются программой Original Medicare и не входят в ваш пакет покрываемых услуг. Эти дополнительные покрываемые услуги называются **необязательным дополнительным страховым покрытием**. Если вы хотите получить опциональное дополнительное страховое покрытие, вы должны зарегистрироваться *[insert if applicable: и, возможно, уплатить за них дополнительный страховой взнос]*. Это дополнительное страховое покрытие рассмотрено в *[insert as applicable:этом разделе OR прилагающемся вкладыше]*. Процедуры апелляции по поводу этого покрытия такие же, как и по поводу другого покрываемого обслуживания.

*[Insert plan specific optional benefits, premiums, deductible, copays copayments and coinsurance and rules using a chart like the Medical Benefits Chart above. Insert plan specific procedures on how to elect optional supplemental coverage, including application process and effective dates and on how to discontinue optional supplemental coverage, including refund of premiums. Also insert any restrictions on members' re-applying for optional supplemental coverage (e.g., must wait until next annual enrollment period Open Enrollment Period).]*

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

---

**Раздел 2.2 Получение медицинской помощи с использованием дополнительной льготы для посетителей/путешественников, являющихся участниками нашего плана**

*[If our plan offers a visitor/traveler program to members who are out of your service area, insert this section, adapting and expanding the following paragraphs as needed to describe the traveler benefits and rules about getting the out-of-area coverage, including the impact based on Medicaid requirements if applicable. If you allow extended periods of enrollment out-of-area per the exception in 42 CFR 422.74(b)(4)(iii) (for more than 6 months up to 12 months) also explain that here based on the language suggested below.]*

Если вы не переезжаете на постоянное место жительства, но отсутствуете в зоне обслуживания нашего плана в течение более 6 месяцев подряд, мы, как правило, должны исключить вас из нашего плана. Однако в качестве дополнительной покрываемой услуги мы предлагаем программу для посетителей / путешественников *[specify areas where the visitor/traveler program is being offered]*, которая позволит вам оставаться участником нашего плана, если вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания менее 12 месяцев. В рамках нашей программы для посетителей / путешественников вы можете пользоваться всеми покрываемыми услугами на условиях оплаты доли софинансирования расходов, действующей в сети обслуживания плана. За помощью в поиске поставщика услуг в рамках программы для посетителей / путешественников обращайтесь к представителям нашего страхового плана.

Находясь в зоне действия программы для посетителей / путешественников, вы можете оставаться участником нашего плана на протяжении до 12 месяцев. Если вы не вернетесь в зону обслуживания нашего плана в течение 12 месяцев, вы будете исключены из числа его участников.]

**РАЗДЕЛ 3 Услуги, покрываемые вне плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)**

---

У вас как у участника плана есть покрытие по программе финансовой помощи Medicare Savings Program. Программа Medicare Savings Program помогает людям с ограниченным доходом оплачивать расходы на обслуживание Medicare, такие как страховые взносы и софинансирование расходов. Степень помощи в оплате этих расходов по программе Medicare зависит от доступного вам уровня. Сведения о том, какое именно покрытие вам доступно, см. в таблице в разделе 6 главы 2. Некоторым участникам в рамках программы Medicaid предоставляется дополнительная помощь с дополнительными покрываемыми услугами.

По вопросам, связанным с программой Medicaid, вы можете обратиться в Отдел обслуживания плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Мы будем рады вам помочь. Вы также можете обратиться непосредственно в программу Medicaid штата California. Соответствующую контактную информацию California Department of Health Care Services см. в разделе 6 главы 2.

**РАЗДЕЛ 4 Услуги, не покрываемые нашим планом**

---

В этом разделе говорится о том, какое обслуживание исключено из страхового покрытия.

В таблице ниже приведены услуги и изделия, которые наш план не покрывает ни при каких обстоятельствах, и те, которые покрываются программой Medicaid только при определенных условиях.

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

Если вы получаете обслуживание, которое исключено из страхового покрытия, оплачивать его должны вы сами (за исключением особых обстоятельств, указанных ниже). Обслуживание, исключенное из страхового покрытия, наш план не покрывает, даже если вы получили его в отделении экстренной помощи. В то же время мы покрываем медицинские услуги, исключенные из страхового покрытия, если по результатам рассмотрения апелляции было признано, что мы должны их покрывать в вашей конкретной ситуации. (Сведения о том, как подавать апелляцию на наше решение об отказе в страховом покрытии медицинской услуги, см. в главе 9, раздел 6.3.)

<b>Обслуживание, не покрываемое по программе Medicare</b>	<b>Покрывается только в особых ситуациях</b>
<p><b>Косметические операции и процедуры</b></p>	<p>Покрывается, если это требуется после несчастного случая или для улучшения работы деформированной части тела.</p> <p>Покрываются все этапы восстановления груди после мастэктомии и придание симметричного вида естественной и искусственной грудям.</p>
<p><b>Помощь немедицинского характера при совершении повседневных действий</b></p> <p>Это персональный уход, который не требует постоянного внимания со стороны квалифицированного медицинского или парамедицинского персонала, например помощь при совершении повседневных действий (мытьё, одевание и т. п.).</p>	<p>Не покрывается никогда</p>
<p><b>Экспериментальные медицинские и хирургические процедуры, оборудование и лекарства</b></p> <p>Экспериментальными являются процедуры и приспособления, которые Original Medicare определяет как еще не признанные врачом сообществом.</p>	<p>Покрытие может предоставляться по программе Original Medicare, если процедуры, приспособления или лекарства включены в протокол клинического исследования, утвержденного Medicare или нашим планом.</p> <p>(Подробнее о клинических исследованиях см. в разделе 5 главы 3.)</p>
<p><b>Плата за обслуживание, взимаемая вашими близкими родственниками или членами семьи</b></p>	<p>Не покрывается никогда</p>

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

<b>Обслуживание, не покрываемое по программе Medicare</b>	<b>Покрывается только в особых ситуациях</b>
<b>Постоянный сестринский уход на дому</b>	Не покрывается никогда
<b>Услуги домработницы, т. е. простое ведение хозяйства, в том числе легкая уборка и приготовление пищи</b>	Не покрывается никогда
<b>Услуги натуропата (использование естественных или альтернативных методов лечения)</b>	Не покрывается никогда
<b>Ортопедическая обувь и поддерживающие устройства для стоп</b>	Обувь, представляющая собой часть ортопедического аппарата и входящая в его стоимость. Ортопедическая или терапевтическая обувь для людей с диабетической стопой.
<b>Личные вещи в вашей палате в больнице или комнате в центре квалифицированного сестринского ухода, например телефон или телевизор</b>	Не покрывается никогда
<b>Отдельная палата в больнице</b>	Покрывается, если для этого есть медицинские показания
<b>Восстановление фертильности после стерилизации и/или безрецептурные средства контрацепции</b>	Не покрывается никогда
<b>Плановая помощь мануального терапевта</b>	Покрывается мануальное лечение подвывиха позвонка.
<b>Радиальная кератотомия, операция LASIK и другие средства коррекции зрения</b>	В нашем плане предусмотрено дополнительное покрытие услуг, связанных со зрением. Подробные сведения см. в разделе «Офтальмологические услуги» Таблицы покрываемых услуг в разделе 2.1 этой главы.
<b>Плановый уход за ступнями</b>	Ограниченно покрывается помощь, оказываемая в соответствии с рекомендациями программы Medicare (например, при диабете).

**Глава 4: Таблица покрываемых медицинских услуг (что покрывается планом и сколько вы платите)**

<b>Обслуживание, не покрываемое по программе Medicare</b>	<b>Покрывается только в особых ситуациях</b>
<b>Обслуживание, которое признано необоснованным и не имеющим показаний в соответствии со стандартами программы Original Medicare</b>	Не покрывается никогда

**Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D**

---

**ГЛАВА 5:****Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D****РАЗДЕЛ 1 Основные правила нашего плана, регулирующие покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D**

---

О страховом покрытии лекарств по программе Medicare Part B и лекарств для хосписной помощи можно узнать в Таблице покрываемых медицинских услуг в главе 4.

Помимо лекарств, покрываемых по программе Medicare, некоторые рецептурные лекарственные препараты покрывает программа Medicaid.

За подробностями о страховом покрытии лекарственных препаратов по программе Medicaid, обращайтесь в Отдел обслуживания или в отделение программы Medicaid вашего штата (контактная информация приведена в главе 2, раздел 6).

Наш план обычно покрывает ваши лекарства, если вы соблюдаете эти правила:

- Поставщик услуг (например, врач, стоматолог или другой медик, назначающий лекарства) должен выписать вам рецепт, действительный в соответствии с законодательством штата.
- Врач, выписывающий вам рецепт, не должен быть включен в списки врачей, не имеющих права получать страховое покрытие по программе Medicare.
- Как правило, вы должны получать рецептурные лекарственные препараты в сетевой аптеке (см. раздел 2). Также вы можете получить рецептурный препарат через службу заказа с доставкой по почте нашего плана.
- Ваше лекарство должно входить в Список лекарственных препаратов, покрываемых нашим планом (см. раздел 3).
- Для того чтобы мы покрывали лекарство, оно должно применяться по установленным для него показаниям. «По утвержденным медицинским показаниям» означает, что такое применение лекарства либо утверждено FDA, либо рекомендовано в определенных справочниках. (Подробные сведения о применении лекарств по установленным медицинским показаниям см. в разделе 3.)
- Для покрытия вашего лекарственного препарата может потребоваться предварительное разрешение от нашего плана на основании определенных критериев. (Подробную информацию см. в разделе 4)

## Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

---

### РАЗДЕЛ 2 Получение лекарств по рецепту в сетевой аптеке или через действующую в нашем плане службу заказа с доставкой по почте

---

В большинстве случаев мы оплачиваем рецептурные лекарственные препараты, только если они приобретены в сетевых аптеках. (Условия, при которых мы покрываем рецептурные лекарственные препараты, приобретенные во внесетевых аптеках, см. в разделе 2.5.)

Сетевая аптека — это аптека, которая заключила договор с планом на предоставление покрываемых препаратов. Покрываемые лекарственные препараты — это лекарства, содержащиеся в Списке лекарственных препаратов, которые наш план покрывает согласно Части D.

#### Раздел 2.1 Сетевые аптеки

##### Поиск сетевой аптеки в вашем районе

Найти сетевую аптеку можно в *Каталоге аптек*, на нашем сайте ([centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com)) и/или позвонив в наш Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427.

Вы можете обращаться в любую сетевую аптеку.

##### Что делать в случае выхода аптеки из сети

Если аптека, в которой вы получали лекарства, перестала сотрудничать с нашим планом, вам нужно найти новую сетевую аптеку. Чтобы найти другую аптеку в вашем районе, позвоните в Отдел обслуживания или воспользуйтесь нашим *каталогом аптек*. Кроме того, эта информация есть на нашем сайте [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com).

##### Специализированные аптеки

Некоторые рецептурные лекарственные препараты нужно получать в специализированных аптеках. К специализированным аптекам относятся:

- Аптеки, где можно получить лекарства для инфузионной терапии на дому.
- Аптеки, которые поставляют лекарства для людей, проживающих в учреждениях длительного обслуживания (LTC). Обычно в учреждении LTC (это может быть, например, центр сестринского ухода) есть своя аптека. Если у вас возникнут трудности с получением препаратов по Части D в учреждении LTC, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711).
- Аптеки, работающие со Службой здравоохранения коренных народов Америки (Indian Health Service) либо медицинской программой племенного / городского уровня для коренных народов Америки (недоступно в Пуэрто-Рико). За исключением экстренных ситуаций, только коренные индейцы и жители Alaska могут обращаться в эти аптеки нашей сети.
- Аптеки, выдающие лекарства, которые FDA разрешает применять только в определенных регионах, или требующие специального обращения, координации со стороны поставщика или специального обучения тому, как их следует применять. Для того чтобы найти специализированную аптеку, воспользуйтесь нашим *Каталогом аптек* или позвоните в наш Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании TTY звоните по номеру 711).

## Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

---

### Раздел 2.2 Использование услуги заказа с доставкой по почте в рамках плана

Определенные лекарства вы можете получать через службу заказа с доставкой по почте, действующую в сети плана. Лекарства, которые можно заказать с доставкой по почте, — это обычно те лекарства, которые вы регулярно принимаете для лечения хронического или длительного заболевания. Лекарства, которые в нашем плане *не* предоставляются путем заказа с доставкой по почте, помечены в нашем Списке лекарственных препаратов буквами **NM** (No Mail Order).

В нашем плане с доставкой по почте можно заказывать **не более чем 100-дневный запас лекарства**.

Для того чтобы получить формы заказа и информацию о получении по почте рецептурных лекарственных препаратов, обратитесь в Отдел обслуживания или воспользуйтесь нашим сайтом [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com).

Заказанное с доставкой по почте лекарство вам обычно присылают не позднее чем через 14 дней. Если лекарство вам нужно срочно или доставка затягивается, позвоните в наш Отдел обслуживания. Вам помогут получить временный запас рецептурного лекарства.

#### **Новые рецепты аптека получает непосредственно из кабинета врача.**

После того как аптека получает рецепт от вашего поставщика медицинских услуг, она связывается с вами и выясняет, хотите ли вы получить это лекарство сразу или через некоторое время. Всякий раз, когда с вами связывается аптека, обязательно отвечайте и сообщайте, что делать с новым рецептом: отправить сейчас или позже либо прекратить отправку лекарства.

**Повторное получение лекарства по рецепту через заказ с доставкой по почте.** Для того чтобы вам автоматически присылали лекарства по тому же рецепту, вы можете воспользоваться программой автоматического повторного получения лекарств по прежнему рецепту. По этой программе мы автоматически высылаем вам очередной запас лекарства, как только, по нашим сведениям, у вас подходит к концу запас, высланный вам в прошлый раз. Перед каждым отправлением аптека связывается с вами и выясняет, нужен ли вам новый запас лекарства. Если у вас осталось достаточно лекарства или если вам назначено новое лекарство, вы можете отменить плановое получение лекарства по почте.

Если вы решаете не пользоваться программой автоматического повторного получения лекарств по прежнему рецепту, но все равно хотите воспользоваться услугой заказа с доставкой по почте, то вам нужно обращаться в аптеку за 14 дней до того, как закончится имеющийся запас рецептурного лекарства. Это позволит вам получить лекарство вовремя.

Для того чтобы отказаться от программы заказа с доставкой по почте для автоматического повторного получения лекарств по прежнему рецепту, позвоните в Отдел обслуживания или посетите наш сайт [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com).

Если вы автоматически получили по почте лекарство по прежнему рецепту, которое вам не нужно, у вас может быть право на возврат средств.

### Раздел 2.3 Как получить долгосрочный запас лекарств

При получении долгосрочного запаса лекарств ваша доля финансирования расходов может быть ниже. В нашем плане приобретать долгосрочный (то есть увеличенный) запас лекарств для поддерживающего лечения можно 2-мя способами, если эти лекарства включены в наш Список

## Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

---

лекарственных препаратов. (Лекарства для поддерживающего лечения — это лекарства, которые вы постоянно принимаете для лечения хронического или длительного заболевания.)

1. В некоторых сотрудничающих с планом **розничных аптеках** можно приобрести долгосрочный запас лекарств для поддерживающего лечения. В *Каталоге аптек* указано, какие аптеки нашей сети могут выдать вам долгосрочный запас лекарств для поддерживающего лечения. Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните на номер 711).
2. Кроме того, лекарства для поддерживающего лечения можно получать через нашу программу заказа с доставкой по почте. Подробные сведения см. в разделе 2.3.

### Раздел 2.4 Использование аптеки, которая не входит в сеть плана

Обычно мы покрываем лекарственные препараты, полученные во внесетевых аптеках, *только* если вы не можете обратиться в сетевую аптеку. У нас также есть сетевые аптеки за пределами нашей зоны обслуживания, где вы можете получать рецептурные лекарственные препараты, являясь участником нашего плана. **Вначале свяжитесь с нашим Отделом обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните на номер 711)** и выясните, нет ли поблизости от вас сетевой аптеки.

Мы покрываем рецептурные лекарственные препараты, полученные во внесетевых аптеках, только в таких случаях:

- Если рецептурный препарат выдан в связи с оказанием неотложной помощи
- Если рецептурные препараты нужны для оказания помощи при экстренном состоянии
- Покрытие ограничено 31-дневным запасом лекарства, если только рецепт не выписан на меньшее количество дней.

Если вы вынуждены обратиться во внесетевую аптеку для получения лекарства по рецепту, вы обычно оплачиваете лекарство полностью (вместо доли стоимости, предусмотренной вашим планом) в момент получения. Вы можете попросить, чтобы мы возместили вам расходы на лекарство в размере покрываемой нами части его стоимости. (Сведения о том, как попросить наш план о возмещении ваших расходов, см. в разделе 2 главы 7.) От вас могут потребовать оплатить разницу между суммой, которую вы платите за лекарство во внесетевой аптеке, и стоимостью, которую мы покрывали бы в сетевой аптеке.

## РАЗДЕЛ 3 Вхождение лекарств в список лекарственных препаратов, покрываемых нашим планом

---

### Раздел 3.1 В Списке лекарственных препаратов приведены препараты, покрываемые по программе Часть D

В нашем плане предусмотрен *Перечень покрываемых лекарственных препаратов* (Фармакологический справочник). В этом *Справочнике участника плана* мы называем его **Списком лекарственных препаратов**.

Составлять этот перечень препаратов плану помогали врачи и фармацевты. Он отвечает требованиям программы Medicare и был ею утвержден.

## **Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D**

---

Список лекарственных препаратов содержит только лекарственные препараты, покрываемые по программе Medicare Part D. Помимо лекарств, покрываемых по программе Medicare, некоторые рецептурные лекарственные препараты покрывает программа Medicaid. За подробностями о страховом покрытии лекарственных препаратов по программе Medicaid, обращайтесь в Отдел обслуживания или в отделение программы Medicaid вашего штата (контактная информация приведена в главе 2, раздел 6).

Если вы соблюдаете приведенные в этой главе правила получения страхового покрытия и если лекарства вы применяете по утвержденным для них медицинским показаниям, то мы обычно покрываем лекарства из Списка лекарственных препаратов нашего плана. «По утвержденным медицинским показаниям» означает, что это применение лекарства *соответствует одному из таких условий*:

- Утверждено FDA для лечения заболевания или диагноза, для которого оно было назначено.
- Рекомендовано определенными справочниками. К таким справочникам относятся Фармацевтический справочник для американских больниц (American Hospital Formulary Service Drug Information), информационная система Micromedex DRUGDEX и т. п.

В Список лекарственных препаратов входят фирменные препараты, непатентованные препараты (дженерики) и биопрепараты (в том числе биоаналоги).

Фирменный препарат — это рецептурный лекарственный препарат, который продается под товарным знаком, принадлежащим его производителю. Биологические препараты — это лекарства, которые являются более сложными, чем обычные препараты. В Списке лекарственных препаратов термин «препараты» может означать как лекарство, так и биологический препарат.

Непатентованные рецептурные лекарственные препараты (дженерики) содержат те же активные компоненты, что и фирменные препараты. У биологических препаратов есть альтернативные аналоги, которые называются биоаналогами. Как правило, дженерики и биоаналоги действуют так же, как и фирменные препараты и оригинальные биопрепараты, но стоят дешевле. Аналоги-дженерики существуют для многих фирменных препаратов, а для некоторых оригинальных биопрепаратов существуют биоаналоги. Некоторые биоаналоги являются взаимозаменяемыми и, в зависимости от законодательства штата, могут быть выданы вместо оригинального биологического препарата в аптеке без необходимости получения нового рецепта — так же, как дженерики могут быть выданы вместо фирменных препаратов.

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

### **Безрецептурные препараты**

Наш план также покрывает некоторые безрецептурные препараты. Некоторые безрецептурные препараты также эффективны, как и рецептурные лекарственные препараты, но стоят дешевле. Чтобы получить дополнительную информацию, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании TTY звоните на номер 711).

### **Препараты, не представленные в Списке лекарственных препаратов**

Наш план покрывает не все рецептурные лекарственные препараты.

- Иногда законы не позволяют плану, действующему по программе Medicare, покрывать определенные лекарства. (Дополнительную информацию см. в разделе 7.)
- Некоторые лекарства мы сами решили не включать в наш Список лекарственных препаратов.

## **Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D**

---

- Иногда вы можете получить страховое покрытие лекарства, не входящего в наш Список лекарственных препаратов. (Дополнительную информацию см. в главе 9.)

### **Раздел 3.2 Шесть (6) уровней софинансирования расходов на препараты, включенные в список лекарственных препаратов**

Каждый препарат из Списка лекарственных препаратов нашего плана относится к одному из 6 (шесть) уровней софинансирования расходов. Как правило, чем выше уровень софинансирования расходов, тем больше вам придется заплатить за препарат.

- Уровень 1 — предпочтительные фирменные препараты
- Уровень 2 — непатентованные лекарственные препараты
- Уровень 3 — предпочтительные фирменные препараты
- Уровень 4 — неpreferred фирменные лекарственные препараты
- Уровень 5 — специализированные лекарственные препараты
- Уровень 6 — лекарственные препараты для лечения определенных заболеваний

Чтобы определить, к какому уровню софинансирования расходов относится ваш препарат, найдите его в Списке лекарственных препаратов нашего плана. Сумма, которую вы платите за препараты на каждом уровне софинансирования расходов, указана в главе 6.

### **Раздел 3.3 Как выяснить, включен ли конкретный препарат в Список лекарственных препаратов**

Чтобы выяснить, включен ли препарат в наш Список лекарственных препаратов, вы можете выполнить приведенные ниже действия:

- Воспользоваться актуальной версией Списка лекарственных препаратов (в электронном виде).
- Посетить сайт нашего плана ([centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com)). На сайте размещена актуальная версия Списка лекарственных препаратов.
- Позвоните в наш Отдел обслуживания, чтобы выяснить, есть ли ваше лекарство в Списке лекарственных препаратов нашего плана, или заказать печатный экземпляр списка.
- Воспользуйтесь инструментом Real-Time Benefit Tool ([Caremark.com](http://Caremark.com)). С его помощью вы можете найти в Списке лекарственных препаратов нужный препарат, чтобы оценить, сколько вам потребуется за него платить, и узнать, есть ли в Списке альтернативные препараты для лечения того же заболевания. Вы также можете звонить в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните на номер 711).

## **РАЗДЕЛ 4 Препараты с ограничениями в покрытии**

---

### **Раздел 4.1 Почему существуют ограничения на покрытие некоторых лекарств**

Для некоторых рецептурных лекарственных препаратов существуют специальные правила, ограничивающие то, как и когда наш план их покрывает. Эти правила составлены группой наших врачей и фармацевтов. Правила помогают поставщикам услуг и участникам плана использовать лекарства

## **Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D**

---

самым эффективным способом. Чтобы выяснить, распространяются ли какие-то из этих ограничений на ваши лекарства, см. список лекарственных препаратов.

Правила нашего плана стимулируют вас и вашего поставщика услуг использовать более дешевое лекарство, если оно так же безопасно и надежно, как более дорогое.

Обратите внимание, что иногда лекарство может встречаться в нашем Списке лекарственных препаратов несколько раз. Дело в том, что одно и то же лекарственное средство может предлагаться в разном количестве и иметь разные дозировки и формы, предписанные поставщиком медицинских услуг (например, 10 мг или 100 мг, раз в день или 2 раза в день, таблетки или раствор). От этого зависят ограничения на страховое покрытие и ваша доля софинансирования расходов.

### **Раздел 4.2 Типы ограничений**

В следующих разделах говорится о типах ограничений на страховое покрытие различных лекарств.

**Если на лекарство есть какое-нибудь ограничение, это обычно означает, что для того чтобы мы его покрывали, вам или вашему поставщику услуг нужно предпринять дополнительные шаги.** Чтобы узнать, что вы или ваш поставщик услуг можете сделать для получения покрытия на препарат, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711). **Если вы хотите, чтобы мы сняли какое-нибудь ограничение, вам нужно попросить план сделать для вас исключение из правил. Соответствующее решение плана — это один из видов страховых решений.** Мы можем принять решение в вашу пользу или отказаться снять это ограничение. (См. главу 9.)

#### **Получение предварительного разрешения от плана**

Для некоторых лекарственных препаратов вам или вашему поставщику услуг нужно получить разрешение нашего плана на основании определенных критериев, прежде чем мы согласимся покрыть это лекарство. Это называется **предварительным подтверждением**. Это требование позволяет обеспечивать безопасность и правильность применения определенных лекарств. Если вы не получили такое разрешение, наш план может отказаться покрывать ваше лекарство. Критерии предварительного подтверждения нашего плана можно уточнить в Отделе обслуживания, позвонив по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните на номер 711), или на нашем веб-сайте [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com).

#### **Лечение другим лекарственным препаратом вначале**

Это требование стимулирует вас вначале попробовать более дешевое, но такое же эффективное лекарство. Если оно не подойдет, наш план покроет другое лекарство. Например, если лекарство А и лекарство Б используются для лечения одного и того же заболевания, но лекарство А дешевле, наш план может потребовать, чтобы вы сначала попробовали лекарство А. Если лекарство А вам не поможет, наш план предоставит покрытие лекарства Б. Это требование называется **поэтапное лечение** (ступенчатая терапия). Критерии поэтапного лечения нашего плана можно уточнить в Отделе обслуживания, позвонив по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните на номер 711), или на нашем веб-сайте [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare).

## **Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D**

---

### **Количественные ограничения**

Мы можем ограничить, например, количество лекарства, которое вы можете получить за один раз. Например, если безопасной дозой конкретного лекарства считается одна таблетка в день, мы можем ограничить покрываемое количество этого лекарства по рецепту одной таблеткой в день.

## **РАЗДЕЛ 5 Что делать, если вы недовольны страховым покрытием лекарства?**

---

Предположим, вы принимаете какой-то рецептурный лекарственный препарат или вы и ваш поставщик услуг считаете, что вам нужно его принимать, но это лекарство не включено в наш Список лекарственных препаратов или его покрытие как-то ограничено. Например:

- План может вообще не покрывать это лекарство. Или наш план покрывает дженерик, но не фирменный препарат, который вы хотите принимать.
- План покрывает лекарство, но на страховое покрытие этого лекарства распространяются особые правила и ограничения.

**Если лекарство находится на уровне финансирования расходов, делаем, по вашему мнению, участие в их оплате слишком дорогим, см. раздел 5.1. В нем описывается, что вы можете предпринять в такой ситуации.**

**Если нужного вам лекарства нет в Списке лекарственных препаратов или на него наложены какие-нибудь ограничения, у вас есть несколько вариантов:**

- Вы можете получить временный запас лекарства.
- Вы можете поменять лекарство на другое.
- Вы можете попросить нас о том, чтобы наш план покрывал лекарство в порядке исключения или снял ограничения на его покрытие.

### **Вы можете получить временный запас препарата**

В некоторых ситуациях наш план должен покрыть временный запас лекарства, которое вы уже принимаете. Этот временный запас дает вам время обсудить изменение с поставщиком услуг.

Мы можем покрывать временный запас лекарства, которое вы уже принимаете, если оно **больше не включено в наш Список лекарственных препаратов ИЛИ его покрытие каким-то образом ограничено.**

- **Если вы новый участник плана**, мы покрываем временный запас лекарства в первые **90 дней** после того, как вы были включены в наш план.
- **Если вы были участником плана в прошлом году**, мы покрываем временный запас лекарства в течение первых 90 дней календарного года.
- Этого временного запаса будет достаточно для приема в течение не более 31 дня. Если рецепт вам выписан на меньшее число дней, вы можете получать лекарство по этому рецепту несколько раз. Однако общее количество лекарства не может превышать 31-дневный запас. Получать лекарство по рецепту нужно в сетевой аптеке. (Обратите внимание, что аптеки учреждений длительного обслуживания могут за один раз выдавать меньшее количество лекарства. Это делается для того, чтобы снизить потери лекарств.)

## **Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D**

---

- **Вы стали участником нашего плана более 90 дней назад, живете в учреждении длительного обслуживания и нуждаетесь в лекарстве немедленно.** Мы в экстренном порядке однократно покрываем запас лекарства, необходимый для приема в течение не более 31 дня; количество может быть меньше, если рецепт вам выписан на меньшее число дней. Это количество мы покрываем дополнительно к тому временному запасу, о котором речь шла выше.
- Если вы проживаете в учреждении длительного обслуживания (LTC), были включены в наш план более 90 дней назад и нуждаетесь в препарате, который не входит в наш список лекарственных препаратов или на покрытие которого распространяются ограничения (например, поэтапное лечение, количественные ограничения и т. п.), то мы в экстренном порядке покрываем временный запас этого лекарства не более чем на 31 день (или в соответствии с выписанным рецептом). За это время вы успеете оформить покрытие нужного лекарства в порядке исключения из правил. Исключения из правил мы, например, делаем, когда меняется уровень необходимого вам обслуживания или когда в связи с изменением уровня обслуживания вам нужно переехать из одного учреждения в другое. В подобных ситуациях мы в порядке исключения однократно покрываем вам запас лекарства, даже если вы не были участником плана первые 90 дней. Обратите внимание, что наши правила, регулирующие переход из одного учреждения в другое, допускают покрытие только тех лекарств, которые покрываются по программе Часть D и приобретены в сетевой аптеке. Правила, применяющиеся в случае перехода из одного учреждения в другое, не могут быть использованы для того, чтобы купить лекарство, не покрываемое согласно Части D, или в аптеке, не сотрудничающей с планом (кроме случаев, когда вам было разрешено пользоваться такой аптекой).

По вопросам касательно временного запаса звоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711).

**Пока вы используете временный запас своего лекарства, вы должны обсудить со своим поставщиком услуг, что делать, когда временный запас закончится. Есть 2 варианта:**

### **Вариант 1. Поменять лекарство на другое**

Обсудите со своим поставщиком услуг, есть ли другое лекарство, которое будет вам помогать так же хорошо, но которое наш план покрывает. Позвоните в наш Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните на номер 711) и попросите перечень покрываемых лекарств, которые используются для лечения вашего заболевания. Этот список поможет вашему поставщику услуг подобрать подходящий покрываемый лекарственный препарат.

### **Вариант 2. Попросить нас покрывать нужное лекарство в порядке исключения**

**Вы и ваш поставщик услуг можете попросить наш план сделать для вас исключение из правил и покрывать лекарство так, как вы этого хотели бы.** Если ваш поставщик услуг считает, что существуют медицинские соображения, дающие основания просить нас о том, чтобы мы сделали такое исключение из правил, он поможет вам обратиться с такой просьбой. Например, вы можете попросить наш план покрыть лекарство, даже если его нет в нашем Списке лекарственных препаратов. Или вы можете попросить наш план в порядке исключения покрывать препарат без ограничений.

Если вы уже являетесь участником плана, а лекарство, которое вы принимаете, мы в следующем году планируем исключить из Фармакологического справочника или покрывать с ограничениями, мы вам сообщаем об этом заранее. Вы можете подать запрос на предоставление исключения до начала следующего года, и мы ответим вам в течение 72 часов после получения запроса (или подтверждающего

## **Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D**

---

заклучения специалиста, выписывающего вам рецепт). Если мы согласимся выполнить вашу просьбу, то разрешим страховое покрытие для лекарства до вступления изменений в силу.

**Если вы и ваш поставщик услуг хотите попросить, чтобы мы сделали для вас исключение из правил, см. в разделе 7.4 главы 9, что следует делать.** Там объясняются сроки и процедуры, установленные программой Medicare для того, чтобы решения по запросам участников нашего плана были справедливыми и быстрыми.

### **Раздел 5.1 Что делать, если ваш препарат относится к слишком высокому, по вашему мнению, уровню софинансирования расходов?**

Если ваше лекарство относится к уровню софинансирования расходов, который вы считаете слишком высоким, вы можете поступить следующим образом:

#### **Поменять лекарство на другое**

Если ваше лекарство относится к уровню софинансирования расходов, который вы считаете слишком высоким, проконсультируйтесь со своим поставщиком медицинских услуг. Возможно, есть другое лекарство на более низком уровне софинансирования расходов, которое подойдет вам также хорошо. Позвоните в наш Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните на номер 711) и попросите перечень покрываемых лекарств, которые используются для лечения вашего заболевания. Этот список поможет вашему поставщику услуг подобрать подходящий покрываемый лекарственный препарат.

#### **Попросить нас покрывать нужное лекарство в порядке исключения**

**Вы и ваш поставщик медицинских услуг можете попросить план сделать для этого препарата исключение из уровня софинансирования расходов, чтобы вы заплатили за него меньше.** Если ваш поставщик услуг считает, что существуют медицинские соображения, дающие основания просить нас о том, чтобы мы сделали такое исключение из правил, он поможет вам обратиться с такой просьбой.

**Если вы и ваш поставщик услуг хотите попросить, чтобы мы сделали для вас исключение из правил, см. в разделе 7.4 главы 9, что следует делать.** Там объясняются сроки и процедуры, установленные программой Medicare для того, чтобы решения по запросам участников нашего плана были справедливыми и быстрыми.

Лекарственные препараты уровня 5 (специализированные препараты) не подпадают под действие этого исключения. Мы не снижаем размер доли софинансирования расходов для лекарств этого уровня.

## **РАЗДЕЛ 6 Возможность изменения списка лекарственных препаратов в течение года**

---

Большинство изменений в покрытии лекарственных препаратов происходит в начале каждого года (1 января). В то же время мы можем вносить изменения в наш Список лекарственных препаратов в течение года. Например, план может делать следующее:

- **Добавлять лекарства в Список лекарственных препаратов или исключать их из него.**
- **Переводить лекарство на более высокий или более низкий уровень софинансирования расходов.**

## **Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D**

---

- **Устанавливать и снимать ограничения на покрытие лекарства.**
- **Заменять фирменный препарат дженериком.**
- **Исключать из покрытия оригинальный биопрепарат и заменять его равноценным биоаналогом.**

Меняя Список лекарственных препаратов нашего плана, мы должны соблюдать требования, установленные программой Medicare.

### **Информация об изменениях в покрытии лекарственных препаратов**

Сведения об изменениях в Списке лекарственных препаратов мы размещаем на нашем сайте. Кроме того, мы регулярно обновляем наш Список лекарственных препаратов онлайн. Иногда вы можете получать уведомление об изменениях, касающихся непосредственно лекарств, которые вы принимаете.

### **Изменения покрытия лекарственных препаратов, которые могут затрагивать вас в течение текущего страхового года**

- **Добавление нового лекарства в список лекарственных препаратов вместе с немедленным удалением похожего лекарства из списка или внесением изменений в покрытие этого похожего лекарства**
  - Мы можем сразу исключить подобное ему лекарство из Списка лекарственных препаратов, изменить уровень софинансирования расходов на такое лекарство, добавить новые ограничения или сделать и то, и другое. Новый вариант лекарства будет иметь тот же или более низкий уровень софинансирования расходов и те же или меньшие ограничения на его покрытие.
  - Мы немедленно внесем изменения, только если добавим новую непатентованную версию (дженерик) фирменного препарата или добавим новые биоаналогичные версии оригинального биологического препарата, который уже был в Списке лекарственных препаратов.
  - Мы можем вносить такие изменения до того, как сообщим вам о них, даже если удаляем из Списка лекарство, которое вы принимаете, или меняем его покрытие. Если вы принимаете похожее лекарство в то время, когда мы вносим изменения в список лекарственных препаратов, мы сообщаем вам обо всех внесенных изменениях.
- **Добавление лекарств в список лекарственных препаратов, удаление или внесение изменений для аналогичного лекарства в списке лекарственных препаратов**
  - При добавлении другой версии препарата в Список лекарственных препаратов мы можем исключить из Списка аналогичный препарат, перевести его на другой уровень софинансирования расходов, добавить новые ограничения или сделать и то, и другое. Версия препарата, которую мы добавим, будет относиться к тому же или более низкому уровню софинансирования расходов, и для нее будут действовать такие же или меньшие ограничения.
  - Мы внесем эти изменения, только если добавим новую непатентованную версию (дженерик) фирменного препарата или добавим новые биоаналогичные версии оригинального биопрепарата, который уже был в Списке лекарственных препаратов.
  - О таких изменениях мы сообщаем вам не менее чем за 30 дней до того, как они вступают в силу, или сообщаем вам об изменениях и покрываем 31-дневный запас прежнего лекарства.

## **Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D**

---

- **Удаление небезопасных и прочих снятых с продажи лекарств из нашего Списка лекарственных препаратов**
  - Иногда лекарство признают небезопасным или снимают с продажи по другой причине. Если это происходит, наш план сразу исключает такое лекарство из Списка лекарственных препаратов. Если вы принимаете это лекарство, мы уведомляем вас после внесения изменения.
- **Другие изменения в нашем Списке лекарственных препаратов**
  - Мы можем вносить также другие изменения в течение года. Эти изменения могут затрагивать лекарства, которые вы принимаете. Например, мы можем вносить изменения на основании утвержденного Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) предупреждения в рамке (в инструкции по применению лекарства) или на основании клинических рекомендаций, признанных Medicare.
  - Мы сообщим вам об этом не менее чем за 30 дней до внесения изменений или уведомим вас об изменении и покроем дополнительный 31-дневный запас того препарата, который вы принимаете.

Если мы внесем какие-либо изменения для принимаемых вами препаратов, обсудите с выписавшим их медиком возможные варианты, которые подойдут вам лучше всего, включая возможность перехода на другой препарат для лечения вашего заболевания или запрос на изменение покрытия с учетом новых ограничений на ваш препарат. Вы или ваш врач можете попросить нас сделать исключение для дальнейшего покрытия того же препарата или его разновидности. Узнать больше о том, как попросить нас принять решение о покрытии, в том числе об исключении, можно в главе 9.

### **Изменения в Списке лекарственных препаратов, которые не влияют на вас в течение текущего страхового года**

Мы можем вносить в Список лекарственных препаратов некоторые изменения, не указанные в этом документе. В подобных случаях изменения вас не затронут, даже если вы лечитесь таким препаратом, когда изменение внесено. Тем не менее такого рода изменения скорее всего затронут вас с 1 января следующего страхового года (если вы не выйдете из нашего плана).

Изменения, которые обычно не затрагивают вас в течение страхового года:

- Мы переводим ваш препарат на более высокий уровень софинансирования расходов.
- Мы налагаем новое ограничение на страховое покрытие вашего лекарства.
- Мы исключаем ваше лекарство из Списка лекарственных препаратов.

Если в страховом покрытии вашего лекарства произойдет одно из перечисленных изменений (за исключением снятия лекарства с продажи, замены фирменного препарата на дженерик или другого изменения из числа перечисленных выше), оно не повлияет на то, как вы лечитесь и сколько вы платите за лекарство, до 1 января следующего года. До того к вам, скорее всего, не будут применяться какое-либо повышение оплаты или новые ограничения.

О подобных изменениях мы не извещаем вас непосредственно в текущем страховом году. Когда появится Список лекарственных препаратов на следующий страховой год (во время периода открытой регистрации), проверьте, нет ли в нем изменений, которые могут вас затронуть в следующем страховом году.

## Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

---

### РАЗДЕЛ 7 Типы лекарств, которые мы не покрываем

---

Некоторые виды рецептурных лекарственных препаратов исключены из покрытия. Это означает, что Medicare не оплачивает эти лекарства.

Если вы не согласны с нашим отказом в страховом покрытии лекарства, вы можете подать апелляцию. В этом случае, если лекарство не исключено из покрытия по условиям Части D, мы его будем покрывать или возместим ваши на него расходы (информацию об обжаловании страхового решения см. в главе 9). Если лекарство исключено, вы должны платить за него самостоятельно.

Существуют 3 основных правила о том, какие препараты не оплачиваются по условиям Части D планами Medicare, покрывающими лекарства:

- Действующее в нашем плане покрытие лекарственных препаратов по условиям Части D не распространяется на лекарства, которые покрываются по программе Medicare Part A или Medicare Part B.
- Наш план не может покрывать лекарства, приобретенные за пределами США и их территорий.
- Наш план обычно может покрывать лекарства, применяемые по не утвержденным показаниям, только если такое применение опирается на определенные справочники, как, например, Фармацевтический справочник для американских больниц (American Hospital Formulary Service Drug Information) или информационная система Micromedex DRUGDEX. Применение по не утвержденным показаниям — это любое применение лекарства, отличное от указанного на этикетке препарата и утвержденного FDA.

Кроме того, по закону следующие категории препаратов, перечисленные ниже, не покрываются программой Medicare. Однако некоторые из этих лекарств могут подпадать под покрытие лекарственных препаратов по программе Medicaid.

За подробностями о страховом покрытии лекарственных препаратов по программе Medicaid, обращайтесь в Отдел обслуживания или в отделение программы Medicaid вашего штата (контактная информация приведена в главе 2, раздел 6).

- Нерепцептурные лекарственные препараты (OTC)
- Препараты для повышения фертильности
- Лекарства для облегчения кашля и симптомов простуды
- Лекарства, применяемые с косметической целью или для борьбы с облысением
- Витамины и микроэлементы по рецептам, кроме витаминов для беременных и препаратов фтора
- Лекарства для лечения сексуальной или эректильной дисфункции
- Лекарства для лечения анорексии, лекарства для похудения или для прибавления веса
- Лекарства для амбулаторного лечения, производитель которых в качестве условия продажи требует, чтобы необходимые при лечении этим лекарством тест-системы и услуги мониторинга приобретались только у него

**Если вы участвуете в программе Extra Help** для оплаты рецептурных препаратов, данная программа не оплачивает лекарства, которые обычно не покрываются страховкой. Если у вас есть покрытие лекарственных препаратов в рамках Medicaid, программа Medicaid вашего штата может покрывать некоторые рецептурные лекарственные препараты, которые обычно не покрываются фармацевтическим планом по программе Medicare. Свяжитесь с программой Medicaid своего штата, чтобы определить,

## **Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D**

---

какое покрытие лекарственных препаратов может быть доступно для вас. (Номера телефонов и контактную информацию Medicaid можно найти в главе 2, разделе 6.)

### **РАЗДЕЛ 8 Получение рецепта**

---

Для того чтобы получить лекарство по рецепту, вам нужно сообщить выбранной вами сетевой аптеке информацию о своем участии в нашем плане. Она есть на вашей карточке участника плана. Сетевая аптека автоматически отправляет нашему плану счет на оплату нашей части стоимости вашего лекарства. Возможно, вам придется доплатить *свою* долю стоимости, когда вы будете забирать из аптеки свои рецептурные лекарственные препараты.

Для того чтобы получить рецептурные лекарственные препараты, покрываемые Medicaid, вы должны показать свою идентификационную карту участника плана, действующего по программе Medicaid штата California.

Если у вас нет при себе информации о вашем участии в страховом плане, то вы или аптека можете позвонить в наш план, чтобы получить нужные сведения, или же вы можете попросить аптеку найти информацию о вашей регистрации в страховом плане.

Если аптека не сумеет получить необходимую информацию, **вам, возможно, придется полностью оплатить рецептурное лекарство при его получении**. Вы можете затем попросить нас, чтобы **мы возместили вам расходы** в размере покрываемой нами части стоимости лекарства. Сведения о том, как попросить наш план о возмещении, см. в разделе 2 главы 7.

### **РАЗДЕЛ 9 Покрытие лекарственных препаратов по программе Часть D в особых ситуациях**

---

#### **Раздел 9.1 Во время покрываемого планом пребывания в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода**

Если вы госпитализированы в больницу или центр квалифицированного сестринского ухода и наш план покрывает ваше пребывание в этом учреждении, мы обычно покрываем рецептурные лекарственные препараты, которые вы получаете во время госпитализации. После того как вы покидаете больницу или центр квалифицированного сестринского ухода, наш план покрывает ваши рецептурные лекарственные препараты, если это допускается нашими правилами страхового покрытия, описанными в этой главе.

#### **Раздел 9.2 Во время проживания в учреждении длительного обслуживания (LTC)**

Обычно в учреждениях длительного обслуживания (LTC), например центре сестринского ухода, есть своя аптека или аптека, в которой это учреждение приобретает лекарства для всех своих пациентов. Пациенты, проживающие в учреждении LTC, могут получать рецептурные лекарственные препараты в аптеке учреждения, если она сотрудничает с нашим планом.

Ознакомьтесь с *каталогом аптек*, чтобы узнать, сотрудничает ли с нашим планом аптека вашего учреждения LTC. Если нет, а также если вам нужна дополнительная информация либо помощь, позвоните

## Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D

---

в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните на номер 711). Если вы проживаете в учреждении LTC, мы должны следить за тем, чтобы вы регулярно получали лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D, из сотрудничающей с нами аптеки LTC.

Если вы проживаете в учреждении LTC и нуждаетесь в лекарстве, которого нет в нашем Списке лекарственных препаратов или для которого установлены ограничения, см. раздел 5, чтобы узнать, как получить временный или экстренный запас.

### Раздел 9.3 Если вы также получаете покрытие лекарственных препаратов по групповому плану работодателя или пенсионному плану

Если вы (или ваш[-а] супруг[-а] / сожитель[-ница]) имеете другое покрытие лекарственных препаратов по своей коллективной страховке (или страховке супруга[-и] / сожителя[-ьницы]) от работодателя для работников или пенсионеров, то с вопросами о страховом покрытии лекарств обращайтесь к **администратору коллективной страховки**. Он/она поможет выяснить, как имеющееся у вас покрытие лекарственных препаратов работает с нашим планом.

Если у вас есть коллективная страховка для сотрудников или пенсионеров, то покрытие лекарственных препаратов, которое вы получаете от нас, будет *вторичным* по отношению к вашей коллективной страховке. Это означает, что ваша коллективная страховка используется в первую очередь.

#### Особое примечание об учитываемом покрытии:

Каждый год ваш работодатель или группа пенсионного плана должны присылать вам уведомление о том, является ли ваше покрытие лекарственных препаратов на следующий календарный год учитываемым.

Покрытие лекарственных препаратов по коллективному страховому плану считается **учитываемым**, если в среднем этот план платит за лекарства не меньше, чем стандартное покрытие лекарственных препаратов, действующее по программе Medicare.

**Сохраняйте все уведомления об учитываемом покрытии**, так как они могут потребоваться вам позже как доказательства наличия у вас такого покрытия. Если вы не получили уведомление об учитываемом покрытии, запросите копию у администратора страховых услуг вашего работодателя или пенсионного плана, у работодателя либо у профсоюза.

### Раздел 9.4 Если вы находитесь в хосписе, сертифицированном Medicare

Программы хосписного обслуживания и наш план не покрывают одно и то же лекарство одновременно. Участнику, получающему обслуживание по хосписной программе, сертифицированной Medicare, могут понадобиться лекарства для лечения состояний, не связанных со смертельной болезнью и ее последствиями (например, анальгетики, слабительные, средства от тошноты и тревоги), которые не покрываются хосписной программой. В этом случае медик, выписывающий рецепт, или хоспис должен сообщить нашему плану о том, что это лекарство не предназначено для лечения смертельной болезни. После этого наш план начинает покрывать такие лекарства. Во избежание задержек при получении таких лекарств, которые должен покрывать наш план, участнику плана нужно попросить медика, выписывающего рецепт, или поставщика услуг хосписа известить наш план до того, как нужно будет получать рецептурный лекарственный препарат.

## **Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D**

---

Если больной отказывается от хосписного обслуживания или если его выписывают из хосписа, наш план покрывает все его лекарства так, как рассказано в этом справочнике. Если страховое покрытие хосписных услуг по программе Medicare прекращается, нужно принести в аптеку документы, подтверждающие, что больной больше не получает хосписное обслуживание. Это позволит предотвратить задержки с получением лекарств.

### **РАЗДЕЛ 10 Программы по обеспечению безопасности медикаментозного лечения и совместимости лекарств**

---

#### **Раздел 10.1 Программа регулирования лечения наркотическими препаратами (DMP) для помощи участникам плана безопасно использовать опиоиды**

У нас есть программа, помогающая участникам плана безопасно использовать рецептурные опиоиды и другие лекарства, часто вызывающие зависимость. Это программа регулирования лечения наркотическими препаратами Drug Management Program (DMP). Если вы пользуетесь опиоидами, которые получаете у нескольких врачей или в нескольких аптеках, или если у вас недавно была передозировка опиоидов, мы можем поговорить с вашими врачами, чтобы проверить целесообразность и необходимость применения опиоидов. Если вместе с вашим врачом мы решим, что применять опиоидные или бензодиазепиновые лекарства вам небезопасно, то можем ограничить возможность получения вами этих рецептурных лекарств. Если мы включаем вас в программу DMP, ограничения могут быть следующими:

- Требование приобретать все ваши рецептурные лекарства, содержащие опиоиды или бензодиазепин, только в определенной(-ых) аптеке(-ах)
- Требование получать все рецепты на лекарства, содержащие опиоиды или бензодиазепин, только у определенного(-ых) врача(-ей)
- Ограничение покрываемого количества лекарств, содержащих опиоиды или бензодиазепин

Если мы собираемся ограничить то, как вы получаете эти лекарства или какое количество лекарства вы можете получить, мы заранее извещаем вас об этом письмом. В письме указано, ограничим мы покрытие этих ваших лекарств или потребуем, чтобы вы получали рецепты на эти лекарства только у определенного врача и приобретали их только в определенной аптеке. У вас будет возможность сообщить нам, к каким медикам, выписывающим рецепты, и в какие аптеки вы предпочитаете обращаться, а также передать любые сведения, которые, по вашему мнению, нам нужно знать. Если мы решили ограничить покрытие этих лекарств и дали вам возможность ответить на первое письмо, мы присылаем еще одно письмо, подтверждающее наложенные ограничения. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, или если вы не согласны с нашим решением или ограничением, вы и ваш врач можете подать апелляцию. Мы рассматриваем апелляцию и сообщаем вам наше новое решение. Если по результатам рассмотрения мы отклоним какую-либо часть вашего запроса и оставим в силе ограничения на доступ к лекарствам, мы автоматически направим ваше дело на рассмотрение независимого эксперта, не связанного с нашим планом. Сведения о том, как подать апелляцию, см. в главе 9.

В программу DMP не включаются участники плана с такими состояниями, как выраженный болевой синдром при раке или серповидно-клеточная анемия, а также участники, получающие хосписное

**Глава 5: Использование страхового покрытия лекарственных препаратов, которое наш план предоставляет согласно Части D**

---

обслуживание, паллиативное лечение и уход при неизлечимых заболеваниях или постоянно проживающие в учреждении длительного обслуживания.

**Раздел 10.2 Программа регулирования лекарственного лечения Medication Therapy Management (MTM), помогающая участникам плана правильно принимать лекарства**

У нас есть программы, помогающие участникам плана со сложным лечением. Одна из них — это программа регулирования лекарственного лечения (Medication Therapy Management, MTM). Эта программа бесплатная и добровольная. Ее для нас разработали фармацевты и врачи. Она позволяет вам получить от лекарственного лечения как можно больше пользы.

Некоторые участники плана имеют определенные хронические заболевания и принимают лекарства, стоимость которых превышает определенную сумму стоимости лекарственных препаратов. Иногда участники включены в программу DMP, чтобы сделать прием опиоидов более безопасным. Таким людям может быть полезна программа MTM. Если вы станете участником программы, фармацевт или другой медик всесторонне проанализирует ваши лекарства. Вы можете обсудить с ним, как лучше всего принимать ваши лекарства и сколько вы за них платите, и задать любые вопросы о лекарствах, в том числе о тех, которые продаются без рецепта. Вы получите письменный отчет, включающий рекомендации относительно того, что предпринять, чтобы лекарственное лечение принесло вам как можно больше пользы. Кроме того, вы получите список всех своих лекарств, с указанием того, какая доза назначена, когда и почему. Наконец, участники программы MTM получают сведения о том, как правильно выбрасывать рецептурные лекарственные препараты, содержащие наркотики.

Рекомендации, меры и список лекарств полезно обсудить со своим врачом. Всегда, когда вы собираетесь обсуждать свои лекарства с врачом, фармацевтом или другим поставщиком медицинских услуг, приносите с собой полученный по этой программе отчет. Актуальный список своих лекарств нужно иметь при себе (например, вместе с удостоверением личности), когда вы обращаетесь в больницу или за экстренной помощью.

Если у нас появится программа, которая будет вам полезна, мы вас в нее автоматически включим и пришлем вам необходимые сведения. Если вы не захотите пользоваться этой программой, просто сообщите нам, и мы вас из нее исключим. По всем вопросам, связанным с этой программой, звоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711).

## ГЛАВА 6:

# Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D

### РАЗДЕЛ 1 Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D

---

Мы используем термин «лекарство» в этой главе для обозначения рецептурного лекарственного препарата, покрываемого по программе Часть D. Не все лекарства принадлежат к препаратам Части D. Некоторые препараты исключены из покрытия Части D согласно закону. Некоторые из лекарств, исключенных из покрытия Части D, покрываются по условиям Medicare Part A или Medicare Part B.

Для лучшего понимания деталей оплаты вам нужно знать, какие лекарства покрываются, где лучше использовать свои рецепты и какие правила нужно соблюдать при получении покрываемых лекарственных препаратов. Эти правила описаны в главе 5. Когда вы пользуетесь инструментом поиска услуг в режиме реального времени Real Time Benefit Tool ([centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com)), отображается ориентировочная сумма ваших предполагаемых собственных расходов на лекарственные препараты.. Вы также можете получить информацию, доступную в инструменте поиска услуг в режиме реального времени Real-Time Benefit Tool, позвонив в Отдел обслуживания ((866) 314-2427, ТТУ: 711).

#### **Как узнать, какова стоимость ваших лекарственных препаратов, если вы получаете дополнительную помощь Extra Help для оплаты рецептурных лекарственных препаратов по условиям Части D?**

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medicaid, вы также имеете право на участие и участвуете в программе Extra Help от Medicare, которая помогает оплачивать расходы по плану, покрывающему лекарства по рецепту. Поскольку вы участвуете в программе Extra Help, **часть содержащейся в этом Справочнике участника плана информации о ваших расходах на рецептурные лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D, может не иметь к вам отношения.** Мы отправили вам отдельный документ под названием *Дополнение к Справочнику участника плана для лиц, получающих дополнительную помощь Extra Help для оплаты рецептурных лекарственных препаратов* (другое название — *Дополнение о субсидии для лиц с низким доходом* или *Дополнение LIS [LIS Rider]*), в котором рассказывается о вашем покрытии лекарственных препаратов. Если у вас нет этого дополнения, обратитесь в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711) и попросите предоставить вам *Дополнение LIS*.

#### **Раздел 1.1 Эта глава вместе с другими материалами поможет разобраться в вопросах покрытия лекарственных препаратов**

#### **Раздел 1.2 Виды ваших собственных расходов на покрываемые лекарства**

Существуют 3 вида расходов на лекарства, покрываемые по условиям Части D, которые вам, возможно, придется покрыть самостоятельно:

**Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D**

---

- **Безусловная франшиза (не покрываемый страховкой минимум)** — это сумма, которую вы платите за лекарственные препараты до того, как наш план начнет покрывать свою долю.
- **Доплата** — это фиксированная сумма, которую вы платите каждый раз, когда покупаете рецептурный лекарственный препарат.
- **Доля стоимости (сострахование)** — это процент от общей стоимости, которую вы платите каждый раз, получая лекарства по рецепту.

**Раздел 1.3 Как Medicare рассчитывает ваши собственные расходы на оплату лекарств**

У Medicare есть правила относительно того, что засчитывается и что не засчитывается при учете ваших собственных расходов.

Ниже изложены правила, которым мы должны следовать для отслеживания ваших собственных расходов.

---

**Эти платежи включаются в ваши собственные расходы**

Ваши собственные расходы включают приведенные ниже платежи (при условии, что они относятся к покрываемым лекарственным препаратам Части D, и вы соблюдали правила покрытия лекарственных препаратов, описанные в главе 5):

- Сумма, которую вы платите за лекарства, когда находитесь на одной из следующих стадий оплаты лекарств:
  - Не покрываемый страховкой минимум
  - Стадия первоначального страхового покрытия
- Любые платежи, которые вы совершили в течение этого календарного года в качестве участника другого плана, покрывающего лекарства по программе Medicare, до того, как присоединились к нашему плану.
- Любые платежи за ваши препараты, совершенные вашими родственниками или друзьями
- Любые платежи за ваши препараты, совершенные программой Extra Help от Medicare, планами медицинского страхования от работодателей или профсоюзов, службой Indian Health Service, программами помощи в приобретении лекарств от СПИДа (AIDS), программ штата по обеспечению лекарственными препаратами State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) и большинством благотворительных организаций

**Переход к этапу страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов:**

Когда общая сумма ваших (или лица, оплачивающего расходы от вашего имени) собственных расходов достигнет \$2,100 в течение календарного года, вы перейдете с этапа первоначального страхового покрытия на этап страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов.

---

**Эти платежи не включаются в ваши собственные расходы**

Ваши собственные расходы **не включают** перечисленные ниже виды платежей:

**Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D**

---

- Платежи за препараты, которые вы покупаете за пределами США и территорий, находящихся под управлением США.
- Расходы на препараты, не покрываемые нашим планом.
- Расходы на препараты, которые вы приобрели во внесетевой аптеке (кроме специально предусмотренных нашим планом случаев).
- Платежи за препараты, не покрываемые программой Часть D, включая рецептурные лекарственные препараты, покрываемые Частью A или Частью B, и другие препараты, исключенные из покрытия Medicare.
- Ваши расходы на рецептурные лекарственные препараты, которые обычно не оплачивает план, покрывающий лекарства по программе Medicare
- Платежи за ваши лекарства, которые производятся некоторыми страховыми планами и программами здравоохранения штатов с государственным финансированием, такими как TRICARE и Veteran's Health Administration (VA).
- Платежи за ваши лекарства, осуществляемые третьей стороной, которая по закону обязана оплачивать стоимость рецептурных препаратов (например, компенсация пострадавшим на рабочем месте).
- Суммы, уплаченные за ваши лекарства их производителем по программе скидок от производителя Manufacturer Discount Program

*Напоминание.* Если какая-либо другая организация, подобная перечисленным выше, частично или полностью оплачивает ваши собственные расходы на лекарства, вы обязаны сообщить об этом нашему плану, позвонив в Отдел обслуживания (866) 314-2427 (TTY: 711).

---

**Отслеживание общей суммы собственных расходов**

- Высылаемый вам отчет с разъяснением покрываемых услуг (*Explanation of Benefits*, EOB) для Части D содержит текущую совокупную сумму ваших собственных расходов на лекарства. Когда эта сумма достигнет \$2,100, в отчете *EOB для Части D* будет указано, что вы перешли с этапа первоначального страхового покрытия на этап страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов.
- **Передавайте нам всю необходимую информацию.** В разделе 3.1 говорится о том, что вы можете сделать, чтобы наши данные о ваших расходах были максимально полными и актуальными.

---

**РАЗДЕЛ 2      Этапы оплаты лекарственных препаратов для участников плана Central Health Dual Access Plan**

---

План Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) предусматривает **3 стадии оплаты лекарственных препаратов**. Сумма, которую вы платите за каждый рецептурный препарат, зависит от того, на какой стадии вы находитесь при первом или повторном получении рецептурного лекарственного препарата. Подробная информация о каждой стадии приведена в этой главе. Стадии перечислены ниже:

**Стадия 1. Стадия годовой безусловной франшизы**

**Стадия 2. Стадия первоначального страхового покрытия**

**Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D**

---

**Стадия 3. Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов****РАЗДЕЛ 3 В Разъяснении покрываемых услуг по программе Часть D объясняется, на какой стадии оплаты вы находитесь**

---

Наш план ведет учет расходов и платежей, связанных с рецептурными лекарственными препаратами, когда вы получаете их в аптеке. Это позволяет плану сообщать вам о начале очередной стадии страхового покрытия лекарств. Мы ведем учет 2-х видов расходов

- **Собственные расходы:** сколько вы заплатили из своих собственных средств. Сюда входит сумма, которую вы заплатили при получении покрываемого препарата согласно Части D, любые платежи за ваши препараты, сделанные семьей или друзьями, и любые платежи за ваши препараты в рамках программы «Дополнительной помощи» (Extra Help) от Medicare, планов медицинского страхования работодателя или профсоюза, Службы здравоохранения коренных народов Америки, программ помощи больным СПИДом (AIDS), благотворительных организаций и большинства программ штата по обеспечению лекарственными препаратами (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Общая стоимость лекарственных препаратов:** это сумма всех платежей за лекарственные препараты, покрываемые согласно Части D. Она включает сумму, которую заплатил наш план, сумму, которую заплатили вы, и сумму, которую заплатили другие программы или организации за покрываемые лекарства согласно Части D.

Если за предшествующий месяц вы получили хотя бы одно лекарство по рецепту, покрываемое нашим планом, мы присылаем вам отчет EOB по Части D. Отчет EOB по Части D включает указанные ниже виды информации:

- **Информация за предыдущий месяц.** В этом отчете приведены данные о платежах, сделанных за ваши рецептурные лекарственные препараты за предыдущий месяц. В нем вы найдете общую стоимость лекарственных препаратов, сумму, уплаченную нашим планом, и сумму, которую уплатили вы или кто-то от вашего имени.
- **Общие суммы платежей за год с 1 января.** Это общая стоимость лекарственных препаратов и общая сумма платежей, уплаченных за ваши лекарства с начала года.
- **Информация о стоимости лекарств.** Здесь отображается общая стоимость лекарства и информация об изменениях цены при каждом получении того же количества этого лекарства в аптеке.
- **Имеющиеся более дешевые альтернативные рецептурные лекарственные препараты.** Здесь показана информация о других доступных лекарствах от вашего заболевания, для которых ваша доля финансирования расходов ниже (если это применимо).

**Раздел 3.1 Мы присылаем вам ежемесячный отчет с разъяснением покрываемых услуг по программе Часть D (Part D EOB)**

Наш план ведет учет расходов и платежей, связанных с рецептурными лекарственными препаратами, когда вы получаете их в аптеке. Это позволяет плану сообщать вам о начале очередной стадии страхового покрытия лекарств. Мы ведем учет 2-х видов расходов

## Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D

- **Собственные расходы:** сколько вы заплатили из своих собственных средств. Сюда входит сумма, которую вы заплатили при получении покрываемого препарата согласно Части D, любые платежи за ваши препараты, сделанные семьей или друзьями, и любые платежи за ваши препараты в рамках программы «Дополнительной помощи» (Extra Help) от Medicare, планов медицинского страхования работодателя или профсоюза, Службы здравоохранения коренных народов Америки, программ помощи больным СПИДом (AIDS), благотворительных организаций и большинства программ штата по обеспечению лекарственными препаратами (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Общая стоимость лекарственных препаратов:** это сумма всех платежей за лекарственные препараты, покрываемые согласно Части D. Она включает сумму, которую заплатил наш план, сумму, которую заплатили вы, и сумму, которую заплатили другие программы или организации за покрываемые лекарства согласно Части D.

Если за предшествующий месяц вы получили хотя бы одно лекарство по рецепту, покрываемое нашим планом, мы присылаем вам отчет EOB по Части D. Отчет EOB по Части D включает указанные ниже виды информации:

- **Информация за предыдущий месяц.** В этом отчете приведены данные о платежах, сделанных за ваши рецептурные лекарственные препараты за предыдущий месяц. В нем вы найдете общую стоимость лекарственных препаратов, сумму, уплаченную нашим планом, и сумму, которую уплатили вы или кто-то от вашего имени.
- **Общие суммы платежей за год с 1 января.** Это общая стоимость лекарственных препаратов и общая сумма платежей, уплаченных за ваши лекарства с начала года.
- **Информация о стоимости лекарств.** Здесь отображается общая стоимость лекарства и информация об изменениях цены при каждом получении того же количества этого лекарства в аптеке.
- **Имеющиеся более дешевые альтернативные рецептурные лекарственные препараты.** Здесь показана информация о других доступных лекарствах от вашего заболевания, для которых ваша доля софинансирования расходов ниже (если это применимо).

### Раздел 3.2 Помогите нам своевременно узнавать о том, сколько вы платите за лекарства

Для того чтобы следить за стоимостью ваших лекарственных препаратов и платежами, которые делаете вы сами, мы пользуемся отчетами аптек. Вы можете нам помочь своевременно получать правильную информацию:

- **При получении лекарства по рецепту предъявляйте свою карточку участника плана.** Тогда мы наверняка узнаем о получении вами лекарств по рецепту и о том, сколько вы за них уплатили.
- **Передавайте нам всю необходимую информацию.** Бывает, что вы платите за рецептурный лекарственный препарат его полную стоимость. В таких случаях мы не получаем сведения об этом автоматически и не можем учесть эти платежи в общей сумме ваших собственных расходов. Чтобы мы могли отслеживать ваши собственные расходы, предоставляйте нам копии квитанций. **Примеры некоторых ситуаций, в которых вам следует предоставить нам копии ваших чеков и квитанций за препараты:**

**Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D**

---

- Когда вы приобретаете покрываемый лекарственный препарат в сетевой аптеке, но делаете это по специальной цене или с использованием дисконтной карты, которая не имеет отношения к покрытиям по нашему плану.
- Когда вы доплачиваете за лекарства, которые предоставляются их производителем по программе помощи пациентам.
- Всякий раз, когда вы приобретаете покрываемые лекарственные препараты во внесетевых аптеках и когда в особых обстоятельствах вы полностью оплачиваете покрываемое лекарство.
- Если вы получили счет за покрываемый лекарственный препарат, то можете попросить наш план оплатить нашу часть его стоимости. Сведения о том, как это сделать, см. в главе 7, раздел 2, этого справочника.
- **Сообщайте нам о платежах, сделанных за вас другими лицами.** Платежи, сделанные другими людьми и организациями, тоже учитываются как ваши собственные расходы. При расчете общей суммы ваших собственных расходов учитываются, например, платежи, сделанные за лекарства, программой помощи в получении лекарственных препаратов против СПИДа AIDS Drug Assistance Program (ADAP), Службой здравоохранения коренных народов Америки (Indian Health Service) и большинством благотворительных фондов. Сохраняйте документы, подтверждающие такие платежи. Копии присылайте нам. Это помогает нам следить за суммой, потраченной вами на лекарства.
- **Проверяйте письменные отчеты, которые мы вам высылаем.** Получив отчет EOB для Части D, просмотрите его и проверьте на полноту и правильность. Если вы считаете, что чего-то не хватает, или у вас есть вопросы, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании TTY звоните на номер 711). Участник плана может ознакомиться со своим отчетом EOB онлайн: [Caremark.com](http://Caremark.com). Храните эти отчеты.

---

**РАЗДЕЛ 4 Для плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) не покрываемого страховкой минимума не предусмотрено**

---

Поскольку большинство участников плана получают дополнительную помощь Extra Help на покрытие расходов на рецептурные лекарственные препараты, для большинства участников плана стадии не покрываемого страховкой минимума не существует. Если вы получаете дополнительную помощь Extra Help, эта стадия оплаты к вам не относится.

О вашей сумме безусловной франшизы см. в отдельном дополнении о субсидии для лиц с низким доходом (Дополнение LIS).

Если вы не получаете дополнительную помощь Extra Help, стадия не покрываемого страховкой минимума является первой стадией вашего покрытия лекарственных препаратов. Этот этап начинается, когда вы первый раз за год получаете свой лекарственный препарат по рецепту. Когда вы находитесь на этой стадии оплаты, **вы должны оплачивать полную стоимость ваших лекарств** до тех пор, пока не выплатите всю сумму безусловной франшизы, которая составляет \$550 в 2026 г. Франшиза не применяется к покрываемым инсулиновым препаратам и большинству вакцин для взрослых, покрываемых по программе Часть D, включая вакцины против опоясывающего лишая, столбняка и вакцины для путешественников. Вы будете платить ежегодную безусловную франшизу \$550 за лекарства с уровнем вашего участия в оплате 3-5. **Вы должны полностью оплачивать лекарства с уровнями 3-5 вашего участия в их оплате** до тех пор, пока не выплатите всю сумму безусловной франшизы, предусмотренную планом. Платить франшизу за остальные лекарства вам не придется. **Полная**

**Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D**

---

**СТОИМОСТЬ** в данном случае обычно ниже стандартной полной цены препарата, поскольку наш план договорился о более низкой стоимости большинства препаратов в сетевых аптеках. Если речь идет о препаратах, цена на которые согласована в рамках программы договорных цен на лекарства Medicare Drug Price Negotiation Program, полная стоимость препарата не может превышать максимальную справедливую цену плюс комиссия аптеки.

Как только вы заплатите \$550 за свои лекарства с уровнем вашего участия в их оплате 3-5, вы со стадии не покрываемого страховкой минимума перейдете на стадию первоначального страхового покрытия.

**РАЗДЕЛ 5 Стадия первоначального страхового покрытия**

---

**Раздел 5.1 Сумма, которую вы платите за лекарство, зависит от препарата и места, где вы получаете его по рецепту**

На стадии первоначального страхового покрытия план страхования оплачивает свою долю расходов на покрываемые лекарственные препараты, а вы платите свою долю (доплату или долю стоимости). Ваша доля расходов зависит от препарата и места, где вы используете рецепт.

**В нашем плане предусмотрено несколько (6 (шесть)) уровней софинансирования расходов**

Каждый препарат из Списка лекарственных препаратов плана относится к одному из 6 (шесть) уровней софинансирования расходов. Как правило, чем выше уровень софинансирования расходов, тем больше ваша доля в оплате лекарства.

- Уровень 1 — предпочтительные фирменные препараты
- Уровень 2 — непатентованные лекарственные препараты
- Уровень 3 — предпочтительные фирменные препараты
- Уровень 4 — неpreferred фирменные лекарственные препараты
- Уровень 5 — специализированные лекарственные препараты
- Уровень 6 — лекарственные препараты для лечения определенных заболеваний

Чтобы определить, к какому уровню софинансирования расходов относится ваш препарат, найдите его в Списке лекарственных препаратов нашего плана.

**Выбор вашей аптеки**

Сумма, которую вы платите за лекарственный препарат, зависит от того, где вы его получаете:

- В сетевой розничной аптеке.
- В аптеке, которая не сотрудничает с нашим планом. Мы покрываем рецепты, использованные во внесетевых аптеках, только в ограниченном ряде случаев. Сведения о том, когда мы покрываем лекарства по рецепту, приобретенные во внесетевой аптеке, см. в разделе 2.5 главы 5.
- С помощью услуги заказа из аптеки по почте.

Дополнительную информацию о выборе аптек и использовании рецептов см. в главе 5 или в *Каталоге поставщиков услуг и аптек* нашего плана.

**Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D****Раздел 5.2 Ваши расходы на *месячный* запас покрываемого лекарства**

На стадии первоначального страхового покрытия вы платите за покрываемый лекарственный препарат доплату или долю стоимости.

**Ваши расходы за получение запаса покрываемого по условиям Части D лекарства на один месяц**

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medicaid, вы также имеете право на участие и участвуете в программе дополнительной помощи Extra Help от Medicare, которая помогает оплачивать расходы по плану, покрывающему лекарства по рецепту. Поскольку вы участвуете в программе дополнительной помощи Extra Help, часть содержащейся в этом Справочнике участника плана информации о ваших расходах на рецептурные лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D, может не иметь к вам отношения. Мы отправили вам отдельный документ под названием «Дополнение к Справочнику участника плана для лиц, получающих дополнительную помощь Extra Help для оплаты рецептурных лекарственных препаратов» (другое название — «Дополнение о субсидии для лиц с низким доходом» или «Дополнение LIS» [LIS Rider]), в котором рассказывается о вашем покрытии лекарственных препаратов. Если у вас нет этого дополнения, обратитесь в Отдел обслуживания и попросите предоставить вам Дополнение LIS.

<b>Уровень</b>	<b>Стандартная доля софинансирования расходов в сетевой розничной аптеке (запас на срок до 31 дня)</b>	<b>Софинансирование расходов при заказе с доставкой по почте (запас на срок до 31 дня)</b>	<b>Софинансирование расходов при оплате в учреждении длительного обслуживания (LTC) (запас на срок до 31 дня)</b>	<b>Софинансирование расходов при оплате во внесетевой аптеке (Покрывается в определенных ситуациях; см. главу 5.) (запас на срок до 31 дня)</b>
<b>Уровень софинансирования расходов 1</b> (приоритетные непатентованные лекарственные препараты)	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Уровень софинансирования расходов 2</b> (Непатентованные лекарственные препараты)	\$0, \$1.60 или \$2 доплаты за все лекарственные препараты по рецепту	\$0, \$1.60 или \$2 доплаты за все лекарственные препараты по рецепту	\$0, \$1.60 или \$2 доплаты за все лекарственные препараты по рецепту	\$0, \$1.60 или \$2 доплаты за все лекарственные препараты по рецепту

**Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D**

<b>Уровень</b>	<b>Стандартная доля софинансирования расходов в сетевой розничной аптеке (запас на срок до 31 дня)</b>	<b>Софинансирование расходов при заказе с доставкой по почте (запас на срок до 31 дня)</b>	<b>Софинансирование расходов при оплате в учреждении длительного обслуживания (LTC) (запас на срок до 31 дня)</b>	<b>Софинансирование расходов при оплате во внесетевой аптеке (Покрывается в определенных ситуациях; см. главу 5.) (запас на срок до 31 дня)</b>
<b>Уровень софинансирования расходов 3</b> (приоритетные фирменные препараты)	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту

**Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D**

<b>Уровень</b>	<b>Стандартная доля софинансирования расходов в сетевой розничной аптеке (запас на срок до 31 дня)</b>	<b>Софинансирование расходов при заказе с доставкой по почте (запас на срок до 31 дня)</b>	<b>Софинансирование расходов при оплате в учреждении длительного обслуживания (LTC) (запас на срок до 31 дня)</b>	<b>Софинансирование расходов при оплате во внесетевой аптеке (Покрывается в определенных ситуациях; см. главу 5.) (запас на срок до 31 дня)</b>
<b>Уровень софинансирования расходов 4</b> (Непредпочтительные лекарственные препараты)	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту

**Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D**

<b>Уровень</b>	<b>Стандартная доля софинансирования расходов в сетевой розничной аптеке</b> <b>(запас на срок до 31 дня)</b>	<b>Софинансирование расходов при заказе с доставкой по почте</b> <b>(запас на срок до 31 дня)</b>	<b>Софинансирование расходов при оплате в учреждении длительного обслуживания (LTC)</b> <b>(запас на срок до 31 дня)</b>	<b>Софинансирование расходов при оплате во внесетевой аптеке</b> <b>(Покрывается в определенных ситуациях; см. главу 5.) (запас на срок до 31 дня)</b>
<b>Уровень софинансирования расходов 5</b> (Уровень специализированных лекарств)	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту
<b>Уровень софинансирования расходов 6</b> (лекарственные препараты для лечения определенных заболеваний)	\$0	\$0	\$0	\$0

Дополнительную информацию о софинансировании расходов на вакцины по условиям Части D см. в разделе 8 этой главы.

### **Раздел 5.3 Если врач выписал вам не полный месячный запас, вам, возможно, не придется оплачивать стоимость всего месячного запаса**

Как правило, сумма, которую вы платите за лекарственный препарат, рассчитана на оплату запаса на весь месяц. Бывают случаи, когда вы или ваш врач решаете, что месячный запас вам не нужен (например,

**Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D**

когда вы пробуете лекарство впервые). Вы также можете попросить своего врача выписать, а фармацевта — выдать вам запас лекарства менее чем на месяц, если это поможет вам лучше спланировать даты пополнения запасов.

Если вы получите менее месячного запаса того или иного лекарства, вам не придется платить за полный месяц.

- Если вы оплачиваете долю стоимости, вам придется оплатить некоторый *процент* от общей стоимости препарата. Поскольку оплата по схеме долей стоимости рассчитывается исходя из общей стоимости препарата, то чем ниже цена препарата, тем ваши расходы будут меньше.
- Если вы вносите доплату за лекарство, вы платите только за количество препарата, рассчитанное на количество дней приема, а не за целый месяц. Мы рассчитываем сумму, которую вы платите за лекарственный препарат в день («суточную ставку софинансирования расходов»), и умножаем ее на количество дней приема получаемого вами препарата.

**Раздел 5.4 Ваши расходы на долгосрочный (до 100 дней) запас препарата, покрываемого по программе Часть D**

Вы можете получить долгосрочный (то есть увеличенный) запас некоторых лекарственных препаратов. Долгосрочный запас — это запас на срок до 100 дней.

**Ваши расходы на долгосрочный запас препарата, покрываемого по условиям Части D**

<b>Уровень</b>	<b>Софинансирование расходов при стандартной розничной покупке (в сетевой аптеке) (запас на 100 дней)</b>	<b>Софинансирование расходов при заказе с доставкой по почте (запас на 100 дней)</b>
<b>Уровень софинансирования расходов 1</b> (приоритетные непатентованные лекарственные препараты)	\$0	\$0
<b>Уровень софинансирования расходов 2</b> (Непатентованные лекарственные препараты)	\$0, \$1.60 или \$4 доплаты за все лекарственные препараты за рецепт	\$0, \$1.60 или \$4 доплаты за все лекарственные препараты за рецепт
<b>Уровень софинансирования расходов 3</b> (приоритетные фирменные препараты)	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту

**Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D**

<b>Уровень</b>	<b>Софинансирование расходов при стандартной розничной покупке (в сетевой аптеке) (запас на 100 дней)</b>	<b>Софинансирование расходов при заказе с доставкой по почте (запас на 100 дней)</b>
<b>Уровень софинансирования расходов 4</b> (Непредпочтительные лекарственные препараты)	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту	Доплата \$0, \$1.60 или \$5.10 за непатентованные лекарственные препараты (включая фирменные лекарственные препараты, рассматриваемые как непатентованные). Доплата \$0, \$4.90 или \$12.65 за все прочие лекарственные препараты по рецепту
<b>Уровень софинансирования расходов 5</b> (Уровень специализированных лекарств)	Вы не можете приобретать долгосрочный запас лекарств уровня 5 (пять).	Вы не можете заказывать с доставкой по почте долгосрочный запас лекарства уровня 5 (пять).
<b>Уровень софинансирования расходов 6</b> (лекарственные препараты для лечения определенных заболеваний)	\$0	\$0

**Раздел 5.5 Вы остаетесь на стадии первоначального страхового покрытия до тех пор, пока ваши собственные расходы за год не достигнут \$2,100**

Стадия первоначального страхового покрытия продолжается до тех пор, пока ваши собственные общие расходы не достигнут \$2,100. После этого вы переходите на стадию страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов.

Полученный вами отчет EOB для *Части D* поможет вам отследить, сколько вы, ваш страховой план и третьи лица от вашего имени потратили в течение года. Не все участники плана достигают лимита собственных расходов в размере \$2,100 в течение года.

Если ваши расходы на лекарства достигнут этого предела, мы вам об этом сообщим. Более подробные сведения о том, как Medicare рассчитывает ваши собственные расходы, см. в разделе 1.3.

**РАЗДЕЛ 6 Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов**

На стадии *страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов* вы ничего не платите за лекарства, покрываемые по условиям Части D. Вы переходите на стадию страхового покрытия

## Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D

по достижении предела самостоятельных расходов, когда ваши собственные расходы достигают предела в \$2,100 на календарный год. Перейдя на стадию страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов, вы останетесь на ней до конца календарного года.

На этой стадии оплаты вы ничего не платите за лекарства, покрываемые по условиям Части D.

## РАЗДЕЛ 7 Ваши расходы на вакцины, покрываемые по программе Часть D

**Важное сообщение о ваших расходах на вакцины:** некоторые вакцины относятся к категории покрываемого обслуживания и оплачиваются по условиям Части B, другие считаются лекарственными препаратами, покрываемыми по условиям Части D. Они указаны в списке лекарственных препаратов, покрываемых нашим планом. Наш план страхования бесплатно покрывает вам большинство вакцин для взрослых в рамках программы Часть D. Информацию о страховом покрытии определенных вакцин и софинансировании расходов на них можно найти в списке лекарственных препаратов нашего плана или получить в Отделе обслуживания ((866) 314-2427, ТТУ: 711).

Страховое покрытие вакцинации по условиям Части D состоит из 2 частей.

- Первая часть предназначена для оплаты стоимости **самой вакцины**.
- Вторая часть предназначена для оплаты стоимости **процедуры вакцинации**. (Обычно это называется «сделать прививку» или «получить вакцину».)

Ваши расходы на вакцинацию по условиям Части D зависят от 3 факторов:

### 1. Рекомендована ли вакцина для прививания взрослых Консультативным комитетом по практике иммунизации (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).

- Большинство прививок для взрослых, покрываемых по условиям Части D, рекомендованы комитетом ACIP. За них вам платить ничего не нужно.

### 2. Где вы получаете вакцину.

- Сама вакцина может быть выдана в аптеке или в кабинете врача.

### 3. Кто вводит вам вакцину.

- Ввести вакцину в аптеке может фармацевт или другой поставщик услуг. Кроме того, ее может вам ввести поставщик услуг в кабинете врача.

Сумма, которую вы платите за прививку, покрываемую по условиям Части D, зависит от обстоятельств и от того, на какой **стадии страхового покрытия лекарств** вы находитесь.

- Иногда при вакцинации вам приходится оплачивать всю стоимость как самой вакцины, так и услуг поставщика, который делает вам прививку. Вы можете попросить нас возместить вам нашу часть в оплате расходов. Для большинства вакцин для взрослых, покрываемых по условиям Части D, это значит, что вам возместят всю уплаченную вами сумму.
- В других случаях при вакцинации вы оплачиваете сумму только своей части расходов по условиям Части D. За большинство вакцин для взрослых, покрываемых по условиям Части D, вы ничего не платите.

Ниже приведены 3 примера вакцинации по условиям Части D.

*Ситуация 1.* Вам делают прививку, покрываемую по условиям Части D, в сетевой аптеке. (Доступность такого варианта зависит от того, где вы живете. В некоторых штатах запрещено делать в аптеках некоторые прививки.)

**Глава 6: Ваши расходы на лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть D**

---

- За большинство вакцин для взрослых, покрываемых по условиям Части D, вы ничего не платите.
- За другие вакцины, покрываемые по условиям Части D, и их введение вы платите аптеке долю стоимости ИЛИ доплату.
- Наш план оплачивает остальную часть расходов.

*Ситуация 2.* Вы проходите вакцинацию по условиям Части D в кабинете вашего врача.

- Вам, возможно, придется полностью оплатить поставщику услуг и вакцину, и ее введение.
- Затем вы можете попросить наш план возместить вам нашу часть; для этого используйте процедуры, рассмотренные в главе 7.
- Для большинства вакцин для взрослых, покрываемых по условиям Части D, вам возместят всю уплаченную вами сумму. За другие вакцины, покрываемые по условиям Части D, вам возместят уплаченную вами сумму за вычетом доли стоимости ИЛИ доплаты (включая стоимость введения вакцины) и разницы между суммой, которую запросил врач, и той суммой, которую мы обычно покрываем. (Если вы получаете дополнительную помощь Extra Help, мы возместим вам эту разницу.)

*Ситуация 3.* Вы приобретаете вакцину, покрываемую по условиям Части D, в сетевой аптеке, и ее вводят вам в кабинете врача.

- Для большинства вакцин для взрослых, покрываемых по условиям Части D, вы ничего не платите за саму вакцину.
- За другие вакцины, покрываемые по условиям Части D, вы платите аптеке долю стоимости ИЛИ доплату.
- Когда врач делает вам прививку, вы полностью оплачиваете процесс вакцинации.
- Затем вы можете попросить наш план возместить вам нашу часть; для этого используйте процедуры, рассмотренные в главе 7.
- Для большинства вакцин для взрослых, покрываемых по условиям Части D, вам возместят всю уплаченную вами сумму. За другие вакцины, покрываемые по условиям Части D, вам возместят уплаченную вами сумму за вычетом разницы между ценой, установленной вашим врачом, и суммой, которую мы обычно платим. (Если вы получаете дополнительную помощь Extra Help, мы возместим вам эту разницу.)

## Глава 7: Как попросить, чтобы мы оплатили свою часть по счету за покрываемые медицинские услуги или лекарственные препараты

---

### ГЛАВА 7:

# Как попросить, чтобы мы оплатили свою часть по счету за покрываемые медицинские услуги или лекарственные препараты

## РАЗДЕЛ 1 Ситуации, в которых следует просить нас оплатить свою долю расходов на покрываемые услуги или лекарства

---

За покрываемые услуги и лекарства наши сетевые поставщики выставляют счета непосредственно нашему плану — . Если вам выставили счет за полученную медицинскую помощь или лекарства на их полную стоимость, пришлите этот счет нам, чтобы мы его оплатили. Получив счет за услуги и лекарства, мы изучим его и решим, должны ли мы по нему платить. Если мы решим, что план должен предоставить покрытие, мы уплатим непосредственно поставщику услуг.

**Если вы уже сами оплатили за обслуживание, лекарство или приспособление, которое наш план покрывает по программе Medicare**, то можете попросить наш план **возместить** (вернуть) ваши расходы. Вы имеете право на возмещение нашим планом, если заплатили за медицинские услуги или лекарства, покрываемые нашим планом. Для просьб о возмещении установлены определенные сроки. См. раздел 2 этой главы. Получив оплаченный вами счет, мы изучим его и решим, должны ли мы покрывать эти услуги или лекарства. Если мы решим, что план должен их покрыть, то возместим вам ваши расходы на услуги или лекарства.

Кроме того, иногда поставщики услуг могут присылать вам счета на оплату полной стоимости оказанной вам медицинской помощи или на сумму, превышающую вашу долю софинансирования расходов. Вначале попытайтесь разрешить этот вопрос с выставившим счет поставщиком услуг. Если это не помогает, не платите по счету, а пришлите его нам. Мы рассмотрим счет и решим, должны ли мы по нему платить за услуги. Если мы решим, что план должен предоставить покрытие, мы уплатим непосредственно поставщику услуг. Если мы решим не платить, то известим этого поставщика услуг. Вы никогда не должны платить больше, чем предусмотрено планом доля софинансирования расходов. Если с этим поставщиком услуг заключен договор, вы в любом случае имеете право на лечение.

Ниже приведены примеры случаев, когда вам может понадобиться обратиться в наш план с просьбой о возмещении расходов или просьбой оплатить полученный вами счет:

### 1. Когда вы получили экстренную или неотложную медицинскую помощь у поставщика услуг, не сотрудничающего с нашим планом

- Получать экстренную и неотложную помощь вы можете у любого поставщика услуг, независимо от того, входит ли он в сеть плана. В подобном случае попросите поставщика услуг прислать счет нам.
- Если вы полностью оплатили оказанную помощь при ее получении, попросите нас возместить ваши расходы в размере покрываемой нами части ее стоимости. Пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные вами платежи.

## **Глава 7: Как попросить, чтобы мы оплатили свою часть по счету за покрываемые медицинские услуги или лекарственные препараты**

---

- Вы можете получить у поставщика услуг счет, по которому вы, по вашему мнению, не должны платить. Пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные вами платежи.
  - Если мы должны что-то уплатить поставщику услуг, мы пришлем плату непосредственно ему.
  - Если вы уже заплатили за услугу больше, чем ваша доля расходов, мы определим, сколько мы вам должны, и предоставим вам компенсацию нашей доли расходов.

### **2. Когда вы получили счет от сетевого поставщика и считаете, что вы не должны по нему платить**

Сетевые поставщики должны всегда присылать счет непосредственно в наш план. Бывает, однако, что они ошибаются и просят, чтобы вы оплатили обслуживание.

- Счет, выставленный вам сетевым поставщиком, на сумму, которая, по вашему мнению, превышает ту, которую должны платить вы, нужно прислать нам. Мы свяжемся непосредственно с поставщиком и решим вопрос с оплатой.
- Если вы уже оплатили счет, выставленный вам сетевым поставщиком, но думаете, что заплатили слишком много, пришлите нам счет и документы, подтверждающие сделанные вами выплаты. Вам нужно попросить, чтобы мы возместили вам разницу между уплаченной вами суммой и суммой, которую вы должны были уплатить согласно правилам плана.

### **3. Если вы включены в наш план задним числом**

Иногда человек может быть включен в страховой план задним числом. (Это означает, что первый день вашей регистрации прошел. День, с которого предоставляется покрытие, может быть даже в прошлом году.)

Если вы были включены в план задним числом и если после дня, с которого вам предоставлено страховое покрытие, вы успели оплатить какие-то покрываемые услуги или лекарства, можете попросить нас возместить вам расходы в размере нашей доли стоимости. Для этого пришлите нам необходимые документы: квитанции и счета.

### **4. Когда вы получаете лекарство по рецепту во внесетевой аптеке**

Если вы обратились во внесетевую аптеку, она может быть не в состоянии подать страховое требование непосредственно в наш план. Если это произойдет, вам придется полностью оплатить полученное лекарство по рецепту.

Сохраните квитанцию и пришлите нам копию вместе с просьбой возместить ваши расходы в размере покрываемой нами части стоимости лекарства. Помните, однако, что лекарства, приобретенные во внесетевой аптеке, мы покрываем только в ограниченном числе случаев. Дополнительные сведения об этом см. в разделе 2.5 главы 5. Мы можем не возместить вам разницу между суммой, которую вы заплатили за лекарство во внесетевой аптеке, и стоимостью, которую мы покрыли бы в сетевой аптеке.

### **5. Когда вы полностью оплатили рецептурное лекарство, потому что у вас не было с собой карточки участника нашего плана**

Если у вас нет с собой карточки участника нашего плана, можно попросить фармацевта связаться с представителями нашего плана или самостоятельно найти информацию о вашем участии в нем. Если аптека не сумеет получить необходимую информацию об участии, вам, возможно, придется полностью оплатить рецептурный лекарственный препарат.

Сохраните квитанцию и пришлите нам копию вместе с просьбой возместить ваши расходы в размере покрываемой нами части стоимости лекарства. Мы, возможно, не сможем возместить вам полную

## Глава 7: Как попросить, чтобы мы уплатили свою часть по счету за покрываемые медицинские услуги или лекарственные препараты

---

сумму, если обычная цена лекарства в этой аптеке выше, чем договорная цена, по которой сотрудничающая с нами аптека продает лекарства участникам плана.

### 6. Другие ситуации, в которых вы полностью оплачиваете лекарство по рецепту

Полностью оплатить рецептурный лекарственный препарат бывает нужно в ситуациях, когда лекарство по каким-то причинам не покрывается.

- Например, препарат может отсутствовать в нашем *Перечне покрываемых лекарственных препаратов (Фармакологическом справочнике)* или для него может быть установлено требование либо ограничение, о котором вы не знаете или не считаете, что оно к вам применимо. Если вы все же решите приобрести такое лекарство, вам нужно будет полностью его оплатить.
- Сохраните квитанцию и пришлите нам копию вместе с просьбой возместить ваши расходы. В некоторых случаях нам может потребоваться дополнительная информация от вашего врача, чтобы возместить ваши расходы на лекарства в размере покрываемой нами части их стоимости. Мы, возможно, не сможем возместить вам полную сумму, если обычная цена лекарства в этой аптеке выше, чем договорная цена, по которой сотрудничающая с нами аптека продает лекарства участникам плана.

### 7. Если в аптеке произошла ошибка при выставлении счета в отношении препаратов из списка лекарственных препаратов

Получив вашу просьбу о возмещении, мы изучаем ее и решаем, должны ли мы покрывать это лекарство. Это называется **страховым решением**. Если мы решаем, что должны покрывать помощь или лекарство, мы за них заплатим нашу часть стоимости. Если мы отказываемся возместить ваши расходы, вы можете подать апелляцию на наше решение. Сведения о том, как подать апелляцию, см. в главе 9.

## РАЗДЕЛ 2 Как попросить нас возместить ваши расходы или оплатить полученный вами счет

---

Вы можете попросить нас возместить ваши расходы, направив нам письменный запрос. Если вы присылаете запрос в письменном виде, вместе с ним отправьте счет и документацию обо всех сделанных платежах. Рекомендуем вам делать для себя копии счетов, квитанций и чеков.

Для того чтобы быть уверенным в том, что вы сообщаете нам все сведения, необходимые для принятия решения, можно воспользоваться нашей формой страхового требования. **Претензию нужно подать в течение 1 (одного) календарного года** с даты получения услуги и/или товара или в течение 36 месяцев с даты получения лекарственного препарата.

- Вы не обязаны использовать эту форму, но если вы пришлете ее, это поможет нам рассмотреть вашу просьбу быстрее.
- Эту форму можно скачать с нашего сайта ([centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com)). Кроме того, можно позвонить в наш Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ набирайте номер 711) и попросить, чтобы вам эту форму прислали.

Просьбу об оплате пришлите по почте вместе со всеми счетами или чеками по следующему адресу:

### Возмещение расходов на медицинские услуги:

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)  
Attn: Medicare Member Services

## **Глава 7: Как попросить, чтобы мы оплатили свою часть по счету за покрываемые медицинские услуги или лекарственные препараты**

---

200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802

Или факсом на номер (310) 507-6186

### **Возмещение расходов на рецептурный лекарственный препарат:**

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)  
Attn: Medicare Pharmacy Department  
7050 Union Park Center, Suite 600  
Midvale, UT 84047

## **РАЗДЕЛ 3 Рассмотрение запроса и принятие решения**

---

Если для рассмотрения вашей просьбы об оплате нам требуется дополнительная информация, мы вам об этом сообщаем. Если в этом нет необходимости, мы рассматриваем ваш запрос и принимаем страховое решение.

- Если мы решаем, что наш план покрывает эту медицинскую помощь или лекарство и что вы соблюдали установленные правила их получения, мы их оплачиваем в размере покрываемой нами части их стоимости. Если вы уже оплатили услугу или лекарство, мы высылаем вам чек на сумму возмещения в пределах нашей доли стоимости. Если вы полностью оплатили лекарство, то можете получить возмещение не на полную сумму, которую уплатили (например, если вы приобрели лекарство во внесетевой аптеке или если цена, которую вы заплатили наличными, выше нашей договорной цены). Если вы еще не уплатили за услугу или лекарство, мы платим непосредственно поставщику услуг.
- Если мы решаем, что наш план *не* покрывает эту медицинскую помощь или лекарство или что вы *не* соблюдали установленные правила, мы не будем оплачивать нашу часть стоимости лекарства или услуги. В этом случае мы присылаем письмо, объясняющее причины отказа и ваше право подать апелляцию на наше решение.

### **Раздел 3.1 Если мы отказываемся полностью или частично оплатить медицинскую помощь или лекарство, вы можете подать апелляцию**

Если вы считаете, что мы ошибочно отказались прислать возмещение или возместили неправильную сумму, то можете подать апелляцию. Подавая апелляцию, вы просите нас пересмотреть принятое нами решение об отклонении вашего запроса об оплате. Для процедуры апелляции определены формальные детальные процессы и важные сроки. Подробную информацию о том, как подать данную апелляцию, см. в главе 9.

## **ГЛАВА 8:**

### **Ваши права и обязанности**

#### **РАЗДЕЛ 1 Наш план должен уважать ваши права и культурные особенности**

---

##### **Раздел 1.1 Мы обязаны предоставлять вам информацию в удобном для вас виде и с учетом ваших культурных особенностей (на других языках, помимо английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в других альтернативных форматах и т. д.)**

Наш план должен следить за тем, чтобы все услуги, как клинические, так и другие, предоставлялись с учетом культурных особенностей пациента и были доступны всем участникам плана, в том числе с недостаточным знанием английского языка, ограниченной грамотностью, слабым слухом и различными культурными и этническими особенностями. Примерами соответствия плана этим требованиям доступности являются, помимо прочего, предоставление услуг письменного и устного перевода, телетайпов и подключения ТТУ (текстовый телефон или телетайпный аппарат).

В наш план входят бесплатные услуги устных переводчиков, которые ответят на вопросы участников, не владеющих английским языком. Кроме того, мы можем бесплатно предоставить вам наши материалы, напечатанные крупным шрифтом или шрифтом Брайля, а также в других удобных форматах. Мы обязаны предоставить вам информацию о преимуществах нашего плана в доступном и удобном для вас формате. Чтобы получить от нас информацию в удобной для вас форме, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711).

Наш план обязан предоставлять женщинам-участницам возможность прямого доступа к специалисту по женскому здоровью в нашей сети для получения плановых и профилактических медицинских услуг.

Если в сети плана нет специализированных поставщиков услуг, наш план несет ответственность за поиск таких поставщиков вне сети, которые окажут вам необходимую помощь. В этом случае вы будете оплачивать только долю софинансирования расходов, предусмотренную в сети. Если вы окажетесь в ситуации, когда в сети нашего плана нет специалистов, оказывающих необходимую вам услугу, позвоните в план и узнайте, куда можно обратиться, чтобы получить эту услугу, заплатив только долю софинансирования расходов, предусмотренную в сети.

Если у вас возникли проблемы с получением информации от нашего плана в формате, доступном и подходящем для вас, при посещении специалистов по женскому здоровью или при поиске сетевого специалиста, позвоните, чтобы подать жалобу, в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427, График работы: с 1 октября по 31 марта — ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. С 1 апреля по 30 сентября — с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени.. При использовании ТТУ набирайте 711. Кроме того, можно подать жалобу в Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) либо непосредственно в Управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) по телефону 1-800-368-1019 или ТТУ 1-800-537-7697.

## Глава 8: Ваши права и обязанности

---

### Раздел 1.2 Мы должны обеспечивать вам своевременный доступ к покрываемым услугам и лекарствам

Вы имеете право выбрать своего основного врача (PCP) из сети нашего плана для организации и предоставления вам покрываемых услуг. У участниц нашего плана есть право без направления обращаться к специалисту по охране женского здоровья (например, к гинекологу).

Вы имеете право на то, чтобы сетевые поставщики нашего плана назначали приемы и предоставляли покрываемые услуги *в приемлемые сроки*. Это включает право на своевременное получение помощи специалистов, когда она требуется. Вы имеете право без долгих задержек получать лекарства по рецепту в сетевых аптеках, в том числе повторно по тому же рецепту.

Если вы считаете, что медицинскую помощь или лекарства, покрываемые по программе Часть D, вы получаете со значительной задержкой, обратитесь к главе 9 и узнайте, что делать в такой ситуации.

### Раздел 1.3 Мы должны защищать конфиденциальность вашей личной медицинской информации

Федеральное законодательство и законодательство штата защищают конфиденциальность ваших медицинских карт и персональной медицинской информации. Мы защищаем вашу персональную медицинскую информацию в соответствии с требованиями этих законов.

- Персональная медицинская информация включает **личную информацию**, которую вы сообщили нам при регистрации в плане, данные из вашей медицинской карты и другую информацию о состоянии вашего здоровья.
- Вы имеете все права, связанные с вашими данными, и право контролировать использование вашей медицинской информации. Мы присылаем вам письменное уведомление, которое называется *Уведомлением о правилах соблюдения конфиденциальности* (Notice of Privacy Practice). В нем говорится о ваших правах и о том, как мы защищаем конфиденциальность вашей медицинской информации.

#### Как мы защищаем конфиденциальность вашей медицинской информации?

- Мы заботимся о том, чтобы неуполномоченные лица не просматривали вашу документацию и не вносили в нее изменения.
- За исключением описанных ниже ситуаций, если мы намерены раскрыть вашу медицинскую информацию кому-нибудь, кто не оказывает вам помощь или не платит за нее, *мы сначала должны получить у вас или у вашего уполномоченного представителя письменное разрешение на это*.
- Мы не обязаны сначала получать ваше письменное разрешение в определенных случаях. Такие исключения разрешены или необходимы по закону.
  - Мы обязаны разгласить медицинскую информацию государственным организациям, которые проверяют качество обслуживания.

## Глава 8: Ваши права и обязанности

---

- Вы стали участником нашего плана, потому что включены в программу Medicare. По этой причине мы должны сообщать Medicare вашу медицинскую информацию, включая сведения о рецептурных лекарственных препаратах, которые покрывает Часть D. Если Medicare разгласит ваши данные для исследований или в других целях, это будет сделано в соответствии с федеральными законами и нормативными актами. Обычно запрещено передавать информацию, которая позволяет установить вашу личность.

### **Вы имеете право просматривать информацию в своих медкартах и знать, каким образом ее передают другим лицам**

Вы имеете право ознакомиться со своей медицинской картой, которая хранится в документации нашего плана, и получить ее копию. За изготовление копий нам разрешено брать плату. Вы имеете право попросить нас добавить или исправить информацию в вашей медицинской карте. Если вы попросите нас это сделать, мы обратимся к вашему поставщику медицинских услуг, чтобы прояснить необходимость внесения изменений.

Вы имеете право знать, как передается ваша медицинская информация другим лицам в целях, отличающихся от обычных.

Если у вас появятся вопросы или жалобы по поводу конфиденциальности вашей закрытой медицинской информации, звоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711).

### **Ваша конфиденциальность**

Организация Central Health Plan of California, Inc. (Molina Healthcare, «мы» и другие формы этого местоимения) использует и передает защищенную медицинскую информацию для предоставления вам покрываемых медицинских услуг. Мы используем и передаем данные о вас для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей. Мы также используем и передаем касающуюся вас информацию в других целях, если это разрешено или предписано законом. Мы обязуемся сохранять конфиденциальность вашей медицинской информации и следовать условиям данного Уведомления. Дата вступления данного уведомления в силу —

Сокращение **PHI** означает Protected Health Information — закрытая (то есть конфиденциальная) медицинская информация. PHI — это данные о состоянии вашего здоровья, которые включают ваши имя и фамилию, номер участника или другие идентификаторы и используются либо передаются компанией Molina Healthcare.

### **В каких целях Molina Healthcare использует вашу закрытую медицинскую информацию (PHI) и предоставляет доступ к ней?**

Мы используем или передаем вашу PHI только с целью предоставления вам услуг медицинского страхования. Ваша PHI используется или передается для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей.

### **Для осуществления лечения**

Molina Healthcare вправе использовать или предоставлять вашу PHI для обеспечения или организации вашей медицинской помощи. Это касается также направлений, выдаваемых вашими лечащими врачами, к другим врачам или прочим поставщикам медицинских услуг. Например, мы можем передать информацию о состоянии вашего здоровья врачу-специалисту. Это поможет специалисту обсудить ваше лечение с вашим врачом.

### **Для осуществления платежей**

## Глава 8: Ваши права и обязанности

---

Molina Healthcare может использовать или передавать PHI для принятия решений об оплате. Такие сведения могут включать страховые требования, разрешения на лечение и решения относительно медицинских потребностей. В счете могут быть указаны ваше имя, ваше заболевание, предоставленное вам лечение, а также использованные расходные медицинские материалы. Например, мы можем сообщить врачу о том, что вы пользуетесь нашими услугами. Мы также сообщаем врачу сумму счета, которую мы готовы оплатить.

### Для осуществления медицинского обслуживания

Molina Healthcare может использовать или передавать вашу PHI для реализации плана медицинского страхования. Например, мы можем использовать информацию из вашего заявления, чтобы сообщить вам о медицинской программе, которая может вам помочь. Мы также можем использовать или передавать вашу PHI для решения проблем участника. Кроме того, касающаяся вас PHI может использоваться для проверки правильности выплат по страховым требованиям.

Осуществление медицинского обслуживания связано с необходимостью решения множества текущих деловых задач. Они включают, помимо прочего, следующее:

- повышение качества обслуживания;
- деятельность в рамках программ медицинского страхования для оказания помощи участникам с определенными заболеваниями (например, астмой);
- проведение или организация медицинской экспертизы;
- юридические услуги, включая программы по выявлению и преследованию мошенничества и злоупотреблений;
- действия, помогающие нам соблюдать законы;
- удовлетворение потребностей участников, включая решения по претензиям и жалобам.

Мы будем передавать вашу PHI другим компаниям (“**деловым партнерам**”), которые осуществляют различные виды деятельности для реализации нашего плана медицинского страхования. Мы также можем использовать вашу PHI для напоминания о назначенных вам приемах у врачей. Мы можем использовать вашу PHI, чтобы предоставлять вам данные о других методах лечения или других покрываемых услугах, связанных со здоровьем.

### В каких случаях Molina Healthcare может использовать и передавать вашу закрытую медицинскую информацию (PHI) без получения от вас письменного разрешения (согласия)?

Помимо осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей, закон разрешает/обязывает Molina Healthcare использовать и передавать вашу PHI в ряде других целей, включая перечисленные ниже:

#### В соответствии с требованиями законодательства

Мы используем и раскрываем вашу информацию в соответствии с требованиями закона. Ваша PHI может быть раскрыта по требованию секретаря Департамента здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services, HHS). Это может быть связано с судебным разбирательством, иными юридическими действиями, а также в случае необходимости в правоохранительных целях.

#### Общественное здравоохранение

Касающаяся вас PHI может быть использована или передана для проведения мероприятий в сфере общественного здравоохранения. В частности, для содействия органам здравоохранения в профилактике или контроле заболеваний.

#### Надзор в сфере охраны здоровья

## **Глава 8: Ваши права и обязанности**

---

Касающаяся вас PHI может использоваться государственными органами либо предоставляться этим органам. Им может понадобиться ваша PHI для проведения аудита.

### **Исследования**

Касающаяся вас PHI может использоваться или предоставляться для исследования в определенных случаях, например, когда имеется разрешение комиссии по конфиденциальности или экспертного совета организации.

### **Судебное или административное производство**

Ваша PHI может быть использована или передана для целей судебного производства, например в ответ на распоряжение суда.

### **Правоохранительная деятельность**

Ваша PHI может быть использована или передана полиции в правоохранительных целях, например для помощи в поиске подозреваемого, свидетеля или пропавшего человека.

### **Защита здоровья и безопасности**

Ваша PHI может быть передана для предотвращения серьезной угрозы здоровью населения или общественной безопасности.

### **Осуществление функций государственных органов**

Ваша PHI может быть передана правительству для выполнения особых функций. Например, для защиты президента.

### **Лица, пострадавшие от жестокого, небрежного обращения или домашнего насилия**

Касающаяся вас PHI может быть предоставлена официальным властям, если мы сочтем, что какое-либо лицо является жертвой жестокого или небрежного обращения.

### **Страхование от несчастных случаев на рабочем месте**

Касающаяся вас PHI может быть использована либо предоставлена для выполнения требований законов о страховании от несчастных случаев на рабочих местах.

### **Другие случаи раскрытия информации**

Ваша PHI может быть предоставлена руководителям похоронных служб или судмедэкспертам для оказания содействия их работе.

### **В каких случаях Molina Healthcare нуждается в вашем письменном разрешении (согласии) на использование или передачу вашей закрытой медицинской информации (PHI)?**

Molina Healthcare необходимо получить письменное согласие на использование и передачу вашей PHI для любой цели, отличной от перечисленных в этом уведомлении. Molina Healthcare необходимо получить ваше разрешение перед раскрытием вашей PHI в следующих случаях: (1) в большинстве случаев использования и раскрытия психотерапевтических записей; (2) в случаях использования и раскрытия в маркетинговых целях; и (3) в случаях использования и раскрытия, которые подразумевают продажу PHI. Вы можете отменить данное вами письменное разрешение. Отмена разрешения не будет распространяться на действия, осуществленные ранее на основании данного вами согласия.

### **Каковы ваши права в отношении вашей медицинской информации?**

Ваши права перечислены ниже:

- **Подать запрос на ограничение использования или раскрытия вашей закрытой медицинской информации (PHI) (передачи вашей PHI)**

## Глава 8: Ваши права и обязанности

---

Вы можете попросить нас не предоставлять вашу PHI для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей. Вы также можете попросить нас не передавать вашу PHI членам семьи, друзьям или другим названным вами лицам, которые имеют отношение к вашему медицинскому обслуживанию. Однако компания вправе отказать в удовлетворении вашей просьбы. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать соответствующую форму, применяемую Molina Healthcare.

- **Запрашивать конфиденциальную передачу закрытой медицинской информации (PHI)**

Вы можете попросить Molina Healthcare передать вам вашу PHI определенным образом или в определенном месте, чтобы сохранить конфиденциальность ваших данных. Мы будем выполнять ваши обоснованные просьбы, если вы сообщите нам, каким образом предоставление вашей PHI или ее части может подвергнуть вашу жизнь риску. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать соответствующую форму, применяемую Molina Healthcare.

- **Просматривать и копировать касающуюся вас PHI**

Вы имеете право ознакомиться с хранящейся у нас вашей PHI и получить ее копию. К такой информации могут относиться документы, использовавшиеся при принятии решений о покрытии услуг, удовлетворении страховых требований и других решений, касающихся вас как участника плана Molina Healthcare. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать соответствующую форму, применяемую Molina Healthcare. Мы можем взимать обоснованную плату за изготовление копий и отправку документов по почте. В некоторых случаях мы можем отклонить запрос. Важное примечание. Мы не храним полные копии ваших медицинских карт. Если вы хотите просмотреть, получить копию или внести изменения в свою медицинскую карту, обратитесь к своему врачу или в клинику.

- **Вносить изменения в свою PHI**

Вы можете попросить нас внести поправки (изменения) в вашу PHI. Это относится только к тем хранящимся у нас документам, которые касаются вас как участника. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать соответствующую форму, применяемую Molina Healthcare. Вы можете направить письмо о несогласии, если мы отклоним запрос.

- **Получать отчеты о случаях раскрытия (передачи) вашей закрытой медицинской информации (PHI)**

Вы можете попросить нас предоставить вам список конкретных третьих сторон, которым мы передавали вашу PHI в течение шести лет, предшествующих дате вашего запроса. В этот список не включается PHI, передаваемая при следующих обстоятельствах:

- для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей;
- осуществляется передача лицам их собственной PHI;
- передача информации осуществляется с вашего разрешения;
- использование или передача разрешены на ином основании или предусмотрены действующим законодательством;
- раскрытие PHI осуществляется в интересах национальной безопасности или разведки;
- в рамках ограниченного набора данных в соответствии с действующим законодательством.

Мы взимаем определенную плату за каждый запрос, если вы запрашиваете этот список более одного раза в течение 12 месяцев. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать соответствующую форму, применяемую Molina Healthcare.

## Глава 8: Ваши права и обязанности

---

Вы можете подать любые запросы, указанные выше, а также получить бумажную копию этого Уведомления. Позвоните в Отдел обслуживания плана Molina Healthcare по бесплатному номеру, указанному на вашей идентификационной карте Molina Healthcare. Линия работает без выходных с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. При использовании TTY/TDD звоните по номеру 711.

### Что делать, если ваши права не были защищены?

Вы можете подать жалобу в Molina Healthcare и в Департамент здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services), если считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены. Мы не будем предпринимать никаких действий против вас за подачу жалобы. Это никоим образом не повлияет на ваше лечение и покрытие услуг.

Вы можете направить нам жалобу следующим образом:

Звоните в Отдел обслуживания плана Molina Healthcare по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей идентификационной карты Molina Healthcare. Линия работает без выходных с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. При использовании TTY/TDD звоните по номеру 711.

### По почте:

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)  
Attention: Medicare Appeals and Grievances  
P.O. Box 22816  
Long Beach, CA 90801

Вы можете подать жалобу секретарю Департамента здравоохранения и социальных служб США (Department of Health and Human Services) по такому адресу:

### Каковы обязанности Molina Healthcare?

В обязанности Molina Healthcare входит:

- соблюдать конфиденциальность вашей закрытой медицинской информации (PHI);
- предоставлять вам письменную информацию, подобную этой, о наших обязанностях и методах обеспечения конфиденциальности вашей PHI;
- уведомлять вас в случае любой утечки вашей незащищенной PHI;
- не использовать и не раскрывать вашу генетическую информацию для целей продажи страховых покрытий;
- соблюдать условия данного Уведомления.

### В данное Уведомление могут вноситься изменения

**Molina Healthcare оставляет за собой право в любое время изменять правила соблюдения конфиденциальности информации и условия настоящего Уведомления. Если мы это сделаем, то новые условия и методы будут применяться ко всей хранимой нами PHI. В случае внесения каких-либо существенных изменений Molina Healthcare разместит пересмотренное Уведомление на своем веб-сайте и отправит измененную версию Уведомления или информацию о существенном изменении и о том, как получить новую версию Уведомления, в своей следующей ежегодной рассылке активным участникам плана страхования Molina Healthcare.**

### Контактная информация

Если у вас возникли какие-либо вопросы, обратитесь в эту службу:

### По телефону.

## Глава 8: Ваши права и обязанности

---

Звоните в Отдел обслуживания плана **Molina Healthcare** по бесплатному номеру, указанному на вашей идентификационной карте **Molina Healthcare**. Линия работает без выходных с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. При использовании TTY/TDD звоните по номеру 711.

Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, включая шрифт Брайля, крупный шрифт и аудиоформат. Звоните в Отдел обслуживания плана **Molina Healthcare** по бесплатному номеру, указанному на вашей идентификационной карте **Molina Healthcare**. Линия работает без выходных с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. При использовании TTY/TDD звоните по номеру 711. Звонки бесплатные.

### Раздел 1.4 Мы должны сообщать вам информацию о нашем плане, сети поставщиков плана и покрываемых услугах

Как участник плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) вы имеете право на получение от нас различной информации.

Если вам требуется информация по одному из следующих вопросов, позвоните в наш Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании TTY звоните по номеру 711):

- **Информация о нашем плане страхования.** Эта информация включает, например, сведения о финансовом состоянии нашего плана.
- **Информация о сетевых поставщиках услуг и аптеках.** У вас есть право получать у нас информацию о квалификации поставщиков услуг и аптек нашей сети и о том, как мы оплачиваем их работу.
- **Информация об имеющемся у вас страховом покрытии и о правилах, которые вы должны соблюдать при получении этого покрытия.** Сведения о страховом покрытии медицинских услуг см. в главах 3 и 4. Сведения о покрытии лекарственных препаратов по программе Часть D см. в главе 5 и 6.
- **Информация о том, почему некоторые лекарства и виды обслуживания не покрываются, и что вы можете сделать в таком случае.** Вы можете попросить нас объяснить в письменном виде, почему вам было отказано в покрытии какой-либо медицинской услуги или лекарства, покрываемого по программе Часть D, либо почему покрытие было ограничено (см. главу 9). Кроме того, в главе 9 объясняется, как подать апелляцию, т. е. попросить нас изменить решение.

### Раздел 1.5 У вас есть право знать о возможных вариантах лечения и участвовать в принятии решений о вашем лечении

**У вас есть право знать о возможных вариантах лечения и участвовать в принятии решений о вашем лечении**

Вы имеете право получать полную информацию от врачей и других поставщиков медицинских услуг. Ваш поставщик услуг должен объяснить вам ваше заболевание и варианты лечения. Он должен сделать это в доступной для вас форме.

Вы можете на равных правах с врачами участвовать в принятии решений о вашем лечении. Приведенные ниже права позволяют вам вместе с врачами решать, какое лечение подходит вам лучше всего:

## Глава 8: Ваши права и обязанности

---

- **Вы имеете право знать обо всех вариантах лечения.** Это означает, что вам должны рассказать обо всех рекомендованных методах лечения вашего заболевания независимо от того, сколько лечение стоит и покрывает ли его наш план. Вам должны рассказывать также о программах, которые наш план предлагает своим участникам для регулирования лекарственного лечения и обеспечения его безопасности.
- **Вы имеете право знать о рисках.** Вам должны рассказывать обо всех рисках, связанных с лечением. Если предлагаемая медицинская помощь является частью клинического исследования, вам должны об этом сказать заранее. Вы всегда можете отказаться от участия в любом клиническом исследовании.
- **Право сказать «нет».** Вы имеете право отказаться от любого рекомендованного лечения. Это включает в себя право покинуть больницу или другое медицинское учреждение, даже если ваш врач не советует вам этого не делать. Кроме того, у вас есть право прекратить прием назначенного вам лекарства. Если вы отказываетесь от лечения или прекращаете принимать лекарство, вы принимаете на себя полную ответственность за последствия этого решения.

### У вас есть право дать указания относительно того, что нужно будет делать, когда вы не сможете самостоятельно принимать решения о лечении

Иногда человек, переживший несчастный случай или имеющий серьезное заболевание, не может самостоятельно принимать решения о своем лечении. Вы имеете право сообщить о том, что нужно будет делать, если вы окажетесь в подобной ситуации. Это означает, что, *если вы этого хотите*, вы можете:

- Заполнить письменную форму, дающую **выбранному вами лицу законные полномочия на принятие решений о вашем лечении** в случае, если вы не сможете принимать такие решения самостоятельно.
- **Дать врачам письменные указания** о том, как им следует принимать решения о медицинской помощи, если вы не сможете это делать самостоятельно.

Для того чтобы заранее дать указания на случай подобных ситуаций, вы можете составить юридический документ, который называется **заблаговременное распоряжение на случай недееспособности (advance directive)**. Это может быть, например, **прижизненное волеизъявление (living will)** или **доверенность на принятие решений о медицинской помощи (power of attorney for health care)**.

### Как составить заблаговременное распоряжение с инструкциями:

- **Получите бланк.** Бланк для заблаговременных распоряжений на случай недееспособности можно получить у адвоката, социального работника и в некоторых канцелярских магазинах. Иногда нужный бланк можно получить в организациях, информирующих людей о программе Medicare. Кроме того, можно позвонить в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711) и попросить прислать вам бланки.
- Бланки также доступны по ссылке Caring Connections на нашем сайте и на сайте <http://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/by-state/>.
- **Заполните и подпишите бланк.** Независимо от того, где вы получили бланк, после его заполнения он становится юридическим документом. За помощь в его составлении стоит обратиться к юристу.

## Глава 8: Ваши права и обязанности

---

- **Передайте экземпляры заполненных бланков кому считаете нужным.** Передайте копии этого документа своему врачу и человеку, которого вы уполномочили этим документом принимать за вас решения в случае вашей недееспособности. Вы можете передать копии этого документа также близким друзьям и членам семьи. Сохраните одну копию у себя дома.

Если вы заранее подготовились к госпитализации и уже подписали заблаговременное распоряжение, **возьмите копию этого документа с собой в больницу.**

- В больнице у вас спросят, подписали ли вы заблаговременное распоряжение на случай недееспособности и есть ли у вас с собой этот документ.
- Если вы не писали заблаговременное распоряжение, вас спросят, не хотите ли вы это сделать. В больницах есть необходимые бланки.

**Составление заблаговременного распоряжения — ваш добровольный выбор** (включая решение о его подписании, когда вы находитесь в больнице). Закон запрещает отказывать вам в помощи или дискриминировать вас на основании того, что вы составили или не составили заблаговременное распоряжение на случай недееспособности.

### Если ваши указания не соблюдаются

Если вы подписали заблаговременное распоряжение, но считаете, что врач или больница не соблюдают содержащиеся в нем указания, вы можете подать жалобу в:

**Для жалоб на медицинских работников:**

**Для жалоб на медицинские учреждения и больницы:**

## Раздел 1.6 У вас есть право подавать жалобы и просить нас пересмотреть принятые нами решения

Если вы столкнулись с какими-либо трудностями, у вас есть сомнения, вы хотите пожаловаться, попросить план принять страховое решение или подать апелляцию, см. главу 9 этого документа. Что бы вы ни предприняли: попросили план принять страховое решение, подали апелляцию или жалобу — **мы обязаны относиться к вам честно и справедливо.**

## Раздел 1.7 Если, по вашему мнению, мы отнеслись к вам несправедливо или нарушили ваши права

Если вы считаете, что к вам отнеслись несправедливо или что ваши права нарушили по причине вашей расы, инвалидности, религии, пола, состояния здоровья, национальности, вероисповедания (убеждений), возраста или страны происхождения, позвоните в **Управление по защите гражданских прав (Office for Civil Rights)** при Департаменте здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). Кроме того, вы можете позвонить в местное управление по защите гражданских прав.

Если вы считаете, что к вам отнеслись несправедливо либо ваши права нарушили, *но это не было связано с дискриминацией*, можете обратиться в одно из следующих учреждений:

- **Позвоните в Отдел обслуживания нашего плана по номеру (866) 314-2427 (при использовании TTY набирайте 711).**

**Глава 8: Ваши права и обязанности**

---

- **Позвоните в местную программу SHIP по номеру Alameda County:**  
**(510) 839-0393**
- **Contra Costa County:**  
**(925) 655-1393**
- **Fresno and Madera Counties:**  
**(559) 224-9117**
- **Imperial County:**  
**(760) 353-0223**
- **Kern County:**  
**(661) 868-1000**
- **Kings and Tulare Counties:**  
**(559) 713-2875**
- **Orange County:**  
**(714) 560-0424**
- **Placer and Yolo Counties:**  
**(916) 376-8915**
- **San Francisco County:**  
**(415) 677-7520**
- **San Joaquin County:**  
**(209) 470-7812**
- **San Mateo County:**  
**(650) 627-9350**
- **Santa Clara County:**  
**(408) 350-3239**
- **Solano County:**  
**(707) 526-4108**
- **Stanislaus County:**  
**(209) 558-4540**
- **Позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (при использовании ТТУ набирайте 1-877-486-2048)**

**Раздел 1.8 Как вы можете больше узнать о своих правах**

Где можно получить информацию о ваших правах:

- **Звоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711)**

**Глава 8: Ваши права и обязанности**

---

- **Позвоните в местную программу SHIP по номеру Alameda County:**  
(510) 839-0393
- Contra Costa County:**  
(925) 655-1393
- Fresno and Madera Counties:**  
(559) 224-9117
- Imperial County:**  
(760) 353-0223
- Kern County:**  
(661) 868-1000
- Kings and Tulare Counties:**  
(559) 713-2875
- Orange County:**  
(714) 560-0424
- Placer and Yolo Counties:**  
(916) 376-8915
- San Francisco County:**  
(415) 677-7520
- San Joaquin County:**  
(209) 470-7812
- San Mateo County:**  
(650) 627-9350
- Santa Clara County:**  
(408) 350-3239
- Solano County:**  
(707) 526-4108
- Stanislaus County:**  
(209) 558-4540
- **Обратитесь в Medicare**
  - Посетите сайт [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) и ознакомьтесь с публикацией *Ваши права по программе Medicare и их защита* (см.: Medicare Rights & Protections)
  - Позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (пользователи ТТУ могут звонить по номеру 1-877-486-2048)

---

**РАЗДЕЛ 2      Ваши обязанности как участника нашего плана страхования**

---

Ниже перечислены обязанности участника нашего плана. По всем вопросам звоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711).

- **Ознакомьтесь с покрываемыми услугами и правилами, которые нужно соблюдать при получении таких услуг.** Что мы покрываем и какие правила вы должны соблюдать при получении покрываемых услуг, объясняется в этом Справочнике участника плана.
  - В главах 3 и 4 подробно говорится о медицинских услугах.
  - В главе 5 и в главе 6 речь идет о покрытии лекарственных препаратов по условиям Части D.

**Глава 8: Ваши права и обязанности**

---

- **Если, помимо нашего плана, у вас есть другой полис медицинского страхования или другое покрытие лекарственных препаратов, вы должны сообщить нам об этом.** В главе 1 говорится о координации покрытия по разным страховкам.
- **Сообщите вашему врачу и другим поставщикам медицинских услуг, что вы являетесь участником нашего плана.** Предъявляйте свою карточку участника плана и карточку участника программы Medicaid всегда, когда получаете медицинскую помощь или лекарственные препараты, покрываемые по условиям Части D.
- **Помогайте лечащим вас врачам и другим поставщикам услуг: сообщайте им необходимые сведения, задавайте вопросы и соблюдайте назначенный план лечения.**
  - Чтобы вам помогли как можно лучше, говорите своим врачам и другим поставщикам медицинских услуг обо всех проблемах со здоровьем. Соблюдайте согласованные с врачом планы лечения и рекомендации.
  - Сообщайте своим врачам обо всех лекарствах, которые вы принимаете, в том числе о лекарствах, продающихся без рецепта, витаминах и биодобавках.
  - Не стесняйтесь задавать вопросы, если что-нибудь непонятно, пока ответ не будет вам понятен.
- **Будьте тактичны.** Все участники нашего плана должны уважать права других пациентов. Вы не должны нарушать своим поведением работу кабинета вашего врача, больниц и других учреждений.
- **Платите то, что вы должны.** Участник плана отвечает за перечисленные ниже платежи:
  - Вы должны платить страховые взносы по нашему плану.
  - Для сохранения участия в нашем плане вы должны платить страховые взносы Medicare.
  - Получая большинство покрываемых планом медицинских услуг и лекарственных препаратов, вы должны платить свою часть в оплате их стоимости.
- **Если вы переехали на новое место жительства, которое находится в пределах нашей зоны обслуживания, мы все равно должны знать о вашем переезде.** Это позволит нам исправить ваши данные и связаться с вами в случае необходимости.
- **Если вы переедете за пределы нашей зоны обслуживания, вы не сможете оставаться участником нашего плана.**
- **Если вы переезжаете, обязательно сообщите об этом в Службу социального обеспечения (Social Security) или в Совет по делам пенсионного обеспечения железнодорожников (Railroad Retirement Board).**

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

# ГЛАВА 9:

## Проблемы и жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

### РАЗДЕЛ 1 Что делать, если у вас возникли проблемы или вопросы

---

В этой главе объясняется, какие процедуры вы можете использовать, если у вас возникла проблема или жалоба. Выбор процедуры, которую вы можете использовать для решения проблемы, зависит от 2 факторов:

1. Связана ли ваша проблема с покрываемыми услугами **Medicare** или **Medicaid**. Если вы не знаете, какую процедуру выбрать — **Medicare, Medicaid** или оба варианта, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711)
2. Тип возникшей у вас проблемы.
  - В некоторых случаях вам нужно использовать **процедуру для запроса страхового решения или подачи апелляции**.
  - В других случаях нужно использовать **процедуру подачи жалобы** (претензии).

Обе эти процедуры одобрены программой Medicare. Для каждой процедуры предусмотрен набор правил, процессов рассмотрения и установленных сроков, которые должны соблюдать как мы, так и вы.

Этот раздел поможет вам выяснить, какая процедура вам нужна и что делать.

#### Раздел 1.1 Юридические термины

Для многих приведенных в этой главе правил, процедур и сроков существуют специальные юридические термины. Большинству людей они неизвестны и непонятны. Для того чтобы упростить текст этой главы:

Однако иногда важно знать правильные юридические термины. Для того чтобы помочь вам разобраться в том, какие юридические термины нужно использовать при обращении за помощью либо информацией, мы их указываем при подробном описании процесса рассмотрения вопроса в конкретных ситуациях.

### РАЗДЕЛ 2 Где можно получить информацию и персональную помощь?

---

Мы всегда готовы вам помочь. Даже если вы хотите пожаловаться на то, как мы к вам относимся, мы обязаны уважать ваше право жаловаться. Для получения помощи вы всегда должны звонить в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании TTY звоните по номеру 711). В некоторых ситуациях вы можете предпочесть, чтобы помощь и инструкции исходили от кого-то, кто не имеет к нам отношения. Две организации, которые могут вам помочь:

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

### Программа помощи по вопросам медицинского страхования штата State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

Эта государственная программа. Она действует в каждом штате. В ней работают специально обученные консультанты. Эта программа никак не связана ни с нами, ни с любой другой страховой компанией или планом медицинского страхования. Работающие в этой программе консультанты помогут вам понять, какую процедуру выбрать для решения возникшей у вас проблемы. Они ответят на ваши вопросы, сообщат дополнительную информацию и посоветуют, что и как нужно делать.

Консультанты из программы SHIP помогают вам бесплатно.

#### Medicare

Вы можете также связаться с Medicare для получения помощи.

- Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); линия работает круглосуточно и без выходных. При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048.
- Посетите веб-сайт [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)

#### Помощь и информацию можно получить в программе Medicaid.

Способ связи	California Department of Health Care Services (программа Medicaid штата California) — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(916) 449-5000 N/A
ТТУ	711 Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
ПОЧТА	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413 Physical Address: 1501 Capitol Ave., MS 4400 Sacramento, CA 95814
ВЕБ-САЙТ	<a href="https://www.dhcs.ca.gov/">https://www.dhcs.ca.gov/</a>

Способ связи	Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman (программа омбудсмена штата California) — контактная информация
ТЕЛЕФОН	(888) 452-8609 С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м. РТ, кроме праздничных дней
ТТУ	N/A Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
ПОЧТА	N/A
ВЕБ-САЙТ	<a href="https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx">https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx</a>

**Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)**

<b>Способ связи</b>		<b>California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) — контактная информация</b>
<b>ТЕЛЕФОН</b>	(800) 231-4024	С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м. PST, кроме праздничных дней
<b>ПОЧТА</b>	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833	
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<a href="http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/">http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/</a>	
<b>Способ связи</b>		<b>Livanta (организация повышения качества обслуживания в штате California) — контактная информация</b>
<b>ТЕЛЕФОН</b>	(877) 588-1123	С понедельника по пятницу с 9 а.м. до 5 р.м., в выходные и праздничные дни: с 10 а.м. до 4 р.м.
<b>TTY</b>	Dial 711 (855) 887-6668	Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.
<b>ПОЧТА</b>	Livanta LLC-BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701	
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<a href="https://www.livantaqio.com/">https://www.livantaqio.com/</a>	

**РАЗДЕЛ 3 Какой процесс использовать для решения своей проблемы?**

Поскольку вы участвуете в программе Medicare и получаете помощь по программе Medicaid, для решения возникшей у вас проблемы или жалобы вы можете воспользоваться разными процедурами. Выбор вами той или иной процедуры зависит от того, касается ли ваша проблема покрываемых услуг по программе Medicare или Medicaid. Если ваша проблема связана с услугами, покрываемыми Medicare, используйте процедуру Medicare. Если ваша проблема связана с услугами, покрываемыми Medicaid, используйте процедуру Medicaid. Если вы не знаете, какую процедуру выбрать — Medicare или Medicaid, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711).

Процедуры Medicare и Medicaid описаны в разных частях этой главы. Чтобы узнать, какую часть нужно прочитать, воспользуйтесь таблицей ниже.

**Ваша проблема связана с покрываемыми услугами по программе Medicare или Medicaid?**

Моя проблема связана с покрываемыми услугами по программе **Medicare**.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

См. **раздел 4 «Решение проблем с услугами, покрываемыми по программе Medicare».**

Моя проблема связана со страховым покрытием **Medicaid**.

См. **раздел 12 «Решение проблем с услугами, покрываемыми по программе Medicaid».**

---

### **РАЗДЕЛ 4 Решение проблем с покрываемыми услугами по программе Medicare**

---

#### **Ваша проблема или вопрос связаны с покрываемым обслуживанием или страховым покрытием?**

Это включает разногласия относительно того, покрывает ли вам план конкретную медицинскую помощь (медицинские приспособления, медицинские услуги и/или лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть В); того, как именно план их вам покрывает; сложностей с оплатой медицинского обслуживания.

#### **Да.**

Перейдите к **разделу 5 «Сведения о страховых решениях и апелляциях».**

#### **Нет.**

Перейдите к **разделу 11 «Как подавать жалобы на качество обслуживания, время ожидания, службу поддержки и т. д.».**

---

### **Страховые решения и апелляции**

---

### **РАЗДЕЛ 5 Сведения о страховых решениях и апелляциях**

---

Необходимость в страховых решениях и апелляциях возникает, когда нужно решить проблемы со страховым покрытием медицинской помощи (лечения или услуг, приспособлений, лекарственных препаратов, покрываемых по программе Часть В; в частности это касается оплаты). Для простоты мы называем медицинские услуги, приспособления и лекарственные препараты, покрываемые Medicare Part B, **медицинской помощью**. Мы запускаем процесс принятия решения о страховом покрытии и процедуру апелляции, когда решается, получите ли вы страховое покрытие и каким образом.

#### **Подача запроса о страховом решении до получения услуг**

Если вы хотите заранее узнать, будем ли мы покрывать медицинскую помощь, можете попросить нас принять страховое решение по вашему случаю. Страховое решение — это решение о том, что и как мы покрываем, или о том, сколько мы будем платить за полученную вами медицинскую помощь. Например, если ваш врач, сотрудничающий с нашим планом, направляет вас к медицинскому специалисту, который с нами не сотрудничает, мы вынесем положительное страховое решение, то есть разрешим покрытие, если только ваш сетевой врач не предоставит доказательство, что вам выдано официальное уведомление об отказе в обслуживании у этого медицинского специалиста, или если в Справочнике участника плана четко оговорено, что указанная в направлении услуга не покрывается никогда и ни при каких условиях. Кроме того, вы или ваш врач можете связаться с нами и попросить принять страховое решение, если

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

ваш врач не уверен, будем ли мы покрывать конкретную медицинскую услугу, или когда врач отказывается оказывать вам медицинскую помощь, которая вам, по вашему мнению, нужна. В редких случаях мы можем не принять ваш запрос о страховом решении. Это означает, что мы отказываемся его рассматривать. Примеры случаев, когда мы отказываемся рассматривать запросы: запрос неполный; запрос от вашего имени подал человек, который не имеет на это права; вы сами попросили отменить рассмотрение запроса. Если мы откажемся рассматривать запрос о страховом решении, то пришлем вам уведомление, в котором объясним, почему мы отказались и как вы можете попросить нас пересмотреть это решение.

Мы принимаем страховое решение всякий раз, когда решаем, что покрывается в вашем случае и сколько мы должны заплатить. В некоторых случаях мы можем принять решение, что медицинская помощь не покрывается или больше не покрывается для вас. Если вы не согласны с таким решением, можете подать апелляцию.

### Подача апелляции

Если вы недовольны принятым нами страховым решением (до или после получения услуги), вы можете подать на него **апелляцию**. Апелляция — это способ официально попросить нас пересмотреть и изменить принятое страховое решение. При определенных обстоятельствах вы можете попросить, чтобы мы рассмотрели ускоренную или **быструю апелляцию** на страховое решение. Апелляцию рассматривают сотрудники, которые не участвовали в принятии не удовлетворившего вас страхового решения.

Если апелляцию на какое-то страховое решение вы подаете впервые, то это апелляция 1-го уровня. Получив вашу апелляцию, мы заново изучаем решение о страховом покрытии и проверяем, соблюдались ли при его принятии все применимые правила. Завершив рассмотрение апелляции, мы сообщаем вам о своем решении.

В редких случаях мы отказываемся рассматривать вашу апелляцию 1-го уровня. Примеры случаев, когда мы отказываемся рассматривать апелляции: запрос неполный; запрос от вашего имени подал человек, который не имеет на это права; вы сами попросили отменить рассмотрение запроса. Если мы отказались рассматривать вашу апелляцию 1-го уровня, то отправляем вам уведомление, в котором объясняется, почему мы ее отклонили и как попросить о пересмотре этого решения.

Если по результатам рассмотрения апелляции 1-го уровня мы отказываем в покрытии всей запрошенной медицинской помощи или ее части, ваша апелляция автоматически переходит на 2-й уровень рассмотрения и рассматривается независимой организацией, которая не связана с нами.

- Вам не нужно самостоятельно подавать апелляцию 2-го уровня. Согласно правилам Medicare, мы автоматически отправляем вашу апелляцию по поводу медицинской помощи на уровень 2, если не удовлетворяем ее в полном объеме на уровне 1.
- Информацию об апелляции 2-го уровня относительно медицинской помощи см. в **разделе 6.4** этой главы.
- Апелляции по поводу лекарств, покрываемых по условиям Части D, обсуждаются в разделе 7.

Если вы недовольны решением, принятым по результатам рассмотрения апелляции 2-го уровня, иногда ее можно передать на более высокие уровни рассмотрения (в этой главе описаны процедуры апелляции 3-го, 4-го и 5-го уровней).

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

### Раздел 5.1 Как получить помощь с подачей запроса о страховом решении или апелляции

Ниже перечислено, куда вы можете обращаться с просьбой принять страховое решение или с апелляцией на наше решение:

- Звоните в **Отдел обслуживания** по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711)
- **Получите бесплатную помощь** по программе помощи по вопросам медицинского страхования штата State Health Insurance Assistance Program.
- **Ваш врач может подать запрос за вас.** Если врач помогает вам перейти на уровень рассмотрения апелляции выше 2-го, он должен быть назначен вашим представителем. Позвоните в наш Отдел обслуживания и попросите прислать форму *назначения представителя* (Appointment of Representative). (Эта форма также доступна по ссылке [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) и на нашем веб-сайте [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare).)
  - В отношении медицинской помощи ваш врач может запросить от вашего имени решение о страховом покрытии или апелляцию 1-го уровня, и она будет автоматически переведена на 2-й уровень.
  - Для лекарственных препаратов, покрываемых по программе Часть D, просьбу о страховом решении или апелляцию 1-го уровня может от вашего имени подать ваш врач или другой медик, выписавший рецепт. Если по результатам рассмотрения вашей апелляции 1-го уровня вам отказано, то ваш врач или другой медик, выписавший рецепт, может подать апелляцию 2-го уровня.
- **Вы можете попросить кого-нибудь действовать от вашего имени.** Вы можете при желании назначить своего представителя, который от вашего имени будет просить о страховом решении или подавать апелляцию.
  - Если вы хотите, чтобы ваш друг, родственник или кто-то другой стал вашим представителем, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711) и попросите прислать форму *назначения представителя* (Appointment of Representative). (Эта форма также есть на сайте Medicare [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) или на нашем сайте [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare).) Форма дает этому человеку разрешение действовать от вашего имени. Форма должна быть подписана вами и тем человеком, которого вы назначили своим представителем. Вы должны передать нам копию подписанной формы.
  - Мы можем принять апелляцию у этого представителя, даже если форма еще не была подписана, но не сможем завершить рассмотрение апелляции, пока не получим эту форму. Если мы не получим эту форму до крайнего срока принятия решения по вашей апелляции, мы отклоним апелляцию. Мы отправим вам письменное уведомление, где будет указано, что вы имеете право обратиться в независимую экспертную организацию для пересмотра нашего решения об отклонении вашей апелляции.
- **Вы имеете право нанять в качестве своего представителя адвоката.** Вы можете обратиться к своему собственному адвокату либо найти адвоката из местной коллегии адвокатов или по рекомендации другой справочной службы. Некоторые юридические группы предоставят вам бесплатные юридические услуги, если вы отвечаете их требованиям. Однако **вам не требуется нанимать адвоката**, чтобы запросить страховое решение или подать апелляцию.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

### Раздел 5.2 Правила и сроки для разных ситуаций

Существуют 4 типа ситуаций, в которых бывает нужно получить страховое решение или подать апелляцию. Для каждой ситуации предусмотрены разные правила и сроки, и мы приводим подробную информацию в каждом из последующих разделов:

- **Раздел 6:** Медицинская помощь: как попросить о вынесении страхового решения или подать апелляцию
- **Раздел 7:** Препараты, покрываемые Частью D: как попросить о вынесении страхового решения или подать апелляцию
- **Раздел 8:** Как попросить нас продлить страховое покрытие госпитализации в стационарной больнице, если вас выписывают слишком рано?
- **Раздел 9:** “Как попросить нас продлить страховое покрытие медицинских услуг, если вы считаете, что оно заканчивается слишком рано” (*Относится только к следующим видам услуг: медицинская помощь на дому, обслуживание в центре комплексной амбулаторной реабилитации [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF] или центре квалифицированного сестринского ухода.*)

Если вы не знаете, что выбрать, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427, ТТУ: 711. Кроме того, помощь или информацию можно получить в программе SHIP.

## РАЗДЕЛ 6 Медицинская помощь: как попросить о вынесении страхового решения или подать апелляцию

---

### Раздел 6.1 Что делать, если у вас возникли сложности с получением страхового покрытия медицинской помощи или если вы хотите, чтобы мы возместили вам ваши расходы на обслуживание в размере покрываемой нами части его стоимости

Список покрываемой медицинской помощи см. в главе 4 в Таблице покрываемого обслуживания. В некоторых случаях к просьбам о страховом покрытии лекарственных препаратов по программе Часть В применяются другие правила. Тогда мы объясняем, как правила, регулирующие покрытие лекарственных препаратов по условиям Части В, отличаются от тех, которые применимы для медицинских услуг и приспособлений.

В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в каждой из 5 описанных здесь ситуаций:

1. Вы не получаете медицинскую помощь, которую хотите получать, и считаете, что наш план ее покрывает. **Попросите нас принять страховое решение. Раздел 6.2.**
2. Наш план отказался покрывать медицинскую помощь, которую врач или другой поставщик медицинских услуг хочет вам предоставить, но вы считаете, что наш план должен ее покрывать. **Попросите нас принять страховое решение. Раздел 6.2.**
3. Вы получили медицинскую помощь, которую, как вы полагаете, наш план должен покрывать, но мы сказали, что платить за нее не будем. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**
4. Вы получили медицинскую помощь и сами же ее оплатили; вы считаете, что наш план эту помощь покрывает и просите нас возместить расходы. **Пришлите нам счет. Раздел 6.5.**

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

5. Вам сообщили о том, что страховое покрытие определенной медицинской помощи, которую наш план уже разрешил и которую вы уже начали получать, будет уменьшено или прекращено; вы считаете, что уменьшение или прекращение этого страхового покрытия повредит вашему здоровью. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**

**Примечание.** Если прекращается страховое покрытие стационарного лечения, медицинской помощи на дому, обслуживания в центре квалифицированного сестринского ухода или в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF), см. разделы 8 и 9. В этом случае действуют особые правила.

### Раздел 6.2 Как попросить нас о страховом решении

#### Юридические термины

Страховое решение о медицинской помощи называется **заключением организации** (organization determination).

Принятие быстрого решения по покрытию называется **ускоренным заключением** (expedited determination).

**Шаг 1. Определитесь, какое страховое решение вам нужно — быстрое решение по покрытию или стандартное.**

**Стандартное решение о покрытии обычно принимается в течение 7 календарных дней, если для медицинского приспособления или услуги по нашим правилам нужно получить предварительное подтверждение, 14 календарных дней для всех других предметов и услуг или 72 часов для лекарств по условиям Части В. Быстрое страховое решение мы обычно принимаем в течение 72 часов в случае медицинских услуг или 24 часов в случае лекарств, покрываемых по программе Часть В.** Вы можете получить быстрое решение по покрытию, *только* если рассмотрение вашего запроса в стандартные сроки способно серьезно повредить вашему здоровью либо вашим физическим или психическим возможностям.

- **Если ваш врач сообщает нам, что нужно принять быстрое решение по покрытию в связи с состоянием вашего здоровья, мы автоматически на это соглашаемся.**
- **Если вы сами, без врача, просите нас принять быстрое решение по покрытию, мы сами решаем, требует ли этого состояние вашего здоровья.** Если мы отказываемся рассматривать вашу просьбу о быстром решении по покрытию, то присылаем вам письмо, где сказано следующее:
  - Объясняется, почему мы будем рассматривать вашу просьбу в стандартные сроки.
  - Объясняется, что если ваш врач просит принять быстрое решение по покрытию, мы автоматически на это соглашаемся.
  - Объясняется, что вы можете подать «быструю» жалобу на наше решение рассматривать вашу просьбу в стандартные сроки вместо запрашиваемого вами быстрого решения по покрытию.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

### **Шаг 2. Попросите свой план принять страховое решение или быстрое решение по покрытию.**

- Начните с того, что попросите наш план покрыть медицинскую помощь, которую хотите получать (т. е. утвердить ее страховое покрытие). Для этого позвоните, напишите или пришлите факс в наш план. Это можете сделать вы, ваш врач или ваш представитель. Контактная информация приведена в главе 2.

### **Шаг 3. Мы рассматриваем вашу просьбу о страховом покрытии медицинской помощи и сообщаем вам свой ответ.**

#### ***Обычные решения о покрытии мы принимаем в стандартные сроки.***

Это значит, что мы даем ответ в течение **7 календарных дней** после получения вашего запроса о страховом покрытии медицинской услуги или медицинского приспособления, на которые распространяются наши правила касательно предварительного подтверждения. Если запрошенные вами медицинские изделия или услуги не требуют предварительного подтверждения, мы дадим ответ в течение **14 календарных дней** после получения вашего запроса. Если ваш запрос касается лекарства, покрываемого по условиям Части В, мы отвечаем в течение **72 часов** после получения запроса.

- **Однако** если о дополнительном времени просите вы или если нам требуется больше времени, чтобы получить сведения, которые помогут принять решение в вашу пользу, **мы можем добавить не более 14 календарных дней**, если вы просите о покрытии медицинской услуги или приспособления. Если мы решаем, что нам требуются дополнительные дни, мы сообщаем вам об этом письмом. Если ваша апелляция касается лекарственного препарата, покрываемого по условиям Части В, мы не можем продлить срок принятия решения.
- Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, то можете подать «быструю» жалобу с просьбой ускорить процесс рассмотрения. Мы дадим вам ответ, как только примем решение по вашей жалобе. (Процедура подачи жалобы отличается от процедуры страховых решений и апелляций. О жалобах говорится в разделе 11 этой главы.)

#### ***В случае быстрого решения по покрытию сроки короче.***

**Быстрое решение по покрытию мы принимаем за 72 часа, если вы просите о покрытии медицинской услуги или приспособления. Если ваш запрос касается лекарства, покрываемого по условиям Части В, мы принимаем решение в течение 24 часов.**

- **Однако** если вы просите о дополнительном времени или нам требуется собрать больше сведений, которые помогут принять решение в вашу пользу, **мы можем добавить не более 14 календарных дней**. Если мы решаем, что нам требуются дополнительные дни, мы сообщаем вам об этом письмом. Если ваша апелляция касается лекарственного препарата, покрываемого по условиям Части В, мы не можем продлить срок принятия решения.
- Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, то можете подать «быструю» жалобу с просьбой ускорить процесс рассмотрения. (Информацию о жалобах см. в разделе 11.) Мы позвоним вам, как только примем решение.
- Если мы принимаем отрицательное решение по всему вашему запросу или его части, мы присылаем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

### **Шаг 4. Получив от нас отрицательный ответ на просьбу о покрытии медицинской помощи, вы можете подать апелляцию.**

В случае отрицательного ответа вы имеете право попросить нас пересмотреть принятое решение (т. е. вы можете подать апелляцию). Апелляция — это еще одна попытка добиться страхового покрытия той медицинской помощи, которую вы хотите получать. Подавая нам апелляцию, вы переходите на 1-й уровень процедуры апелляции.

### **Раздел 6.3 Как подать апелляцию 1-го уровня**

#### **Юридические термины**

Обращение к нашему плану с апелляцией по поводу покрытия медицинской помощи называется **повторным рассмотрением** (integrated reconsideration).

Другое название быстрой апелляции — **ускоренное повторное рассмотрение** (expedited reconsideration).

### **Шаг 1. Определитесь, какая апелляция вам нужна — быстрая или стандартная.**

**По стандартной апелляции мы обычно принимаем решение не позднее чем через 30 календарных дней или 7 календарных дней в случае лекарств, покрываемых по программе Часть В. По быстрой апелляции мы обычно принимаем решение в течение 72 часов.**

- Если вы подаете апелляцию на решение, принятое нами по поводу вашего обслуживания, вы и/или ваш врач решаете, требуется ли вам быстрая апелляция. Мы рассмотрим вашу быструю апелляцию, если ваш врач считает, что этого требует состояние вашего здоровья.
- Требования для рассмотрения быстрой апелляции те же, что и в случае быстрого решения по покрытию (см. раздел 6.2 этой главы).

### **Шаг 2. Попросите наш план о стандартной или быстрой апелляции**

- **Если вы просите о рассмотрении стандартной апелляции, вам нужно подать стандартную апелляцию в письменном виде.** Контактная информация приведена в главе 2.
- **Если вы просите о рассмотрении быстрой апелляции, ее можно подать как по телефону, так и в письменном виде.** Контактная информация приведена в главе 2.
- **Срок подачи апелляции составляет 65 календарных дней** со дня, которым датировано письменное уведомление, извещающее вас о нашем страховом решении. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, то, подавая апелляцию, объясните, почему опоздали. Мы можем продлить срок подачи апелляции. Примеры уважительных причин: у вас серьезное заболевание, помешавшее вам связаться с нами, либо мы предоставили вам неправильную или неполную информацию о сроках подачи апелляции.
- **Вы можете попросить, чтобы мы прислали вам информацию, касающуюся врачебного решения. Вы и ваш врач можете предоставить нам дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.**

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

### Шаг 3. Мы рассматриваем вашу апелляцию и даем ответ.

- Рассматривая апелляцию, мы тщательно изучаем всю информацию. Мы проверяем, все ли правила мы соблюдали, когда давали отрицательный ответ.
- При необходимости мы собираем больше данных, и можем связаться с вами или вашим врачом.

### Сроки рассмотрения быстрой апелляции

- При быстрой апелляции мы должны дать вам ответ в течение **72 часов после получения апелляции**. Если этого требует состояние вашего здоровья, мы отвечаем раньше.
  - Если о дополнительном времени просите вы или если нам требуется больше времени, чтобы получить сведения, которые помогут принять решение в вашу пользу, **мы можем добавить до 14 календарных дней**, если вы просите о покрытии медицинской услуги или приспособления. Если мы решаем, что нам требуются дополнительные дни, мы сообщаем вам об этом письмом. Если ваш запрос касается лекарственного препарата, покрываемого по условиям Части В, мы не можем продлить срок его рассмотрения.
  - Если мы не даем ответ за 72 часа (или к концу продленного срока, если нам понадобились дополнительные дни), мы должны автоматически переслать ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация. В разделе 6.4 рассматривается процедура апелляции 2-го уровня.
- **Если мы принимаем положительное решение по всему вашему запросу или его части**, мы должны утвердить или предоставить страховое покрытие, на которое согласились, на протяжении 72 часов с момента получения апелляции.
- **Если мы принимаем отрицательное решение по всему вашему запросу или его части**, мы присылаем вам письмо, в котором сообщаем об отказе и о том, что мы автоматически передали вашу апелляцию в независимую экспертную организацию на 2-й уровень рассмотрения. Независимая экспертная организация письменно уведомит вас о получении вашей апелляции.

### Сроки рассмотрения стандартной апелляции

- Если мы рассматриваем стандартную апелляцию, то должны принять решение в течение **30 календарных дней** после ее получения. Если ваша апелляция касается лекарства, покрываемого по условиям Части В, которое вы еще не получили, решение мы принимаем **не позднее чем через 7 календарных дней** после получения апелляции. Мы сообщим о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - Однако если о дополнительном времени просите вы или если нам требуется больше времени, чтобы получить сведения, которые помогут принять решение в вашу пользу, **мы можем добавить не более 14 календарных дней**, если вы просите о покрытии медицинской услуги или приспособления. Если мы решаем, что нам требуются дополнительные дни, мы сообщаем вам об этом письмом. Если ваша апелляция касается лекарственного препарата, покрываемого по условиям Части В, мы не можем продлить срок принятия решения.
  - Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, то можете подать «быструю» жалобу с просьбой ускорить процесс рассмотрения. На «быструю» жалобу мы отвечаем не позднее чем через 24 часа с момента ее получения. (Информацию о жалобах см. в разделе 11.)

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- Если мы не сообщаем свое решение в срок (или к концу продленного срока рассмотрения), то направляем ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация. В разделе 6.4 рассматривается процедура апелляции 2-го уровня.
- **Если мы принимаем положительное решение по всему вашему запросу или его части**, мы должны утвердить или предоставить страховое покрытие в течение 30 календарных дней, если ваш запрос относится к медицинскому приспособлению или обслуживанию, или **в течение 7 календарных дней**, если ваш запрос относится к лекарственному препарату, покрываемому по программе Часть В.

**Если наш план примет отрицательное решение относительно части или всей вашей апелляции**, мы автоматически направим ее в независимую экспертную организацию на 2-й уровень рассмотрения.

### Раздел 6.4 Процедура апелляции 2-го уровня

#### Юридический термин

Официальное название независимой экспертной организации — **независимое юридическое лицо, отвечающее за составление экспертного заключения (Independent Review Entity)**. Иногда используется сокращение **IRE**.

**Независимая экспертная организация** — это независимая организация, нанятая программой **Medicare**. Она не связана с нами и не является государственным учреждением. Эта организация решает, является ли наше решение правильным или его нужно изменить. Надзор над ее деятельностью осуществляет программа Medicare.

#### **Шаг 1.** Рассмотрением вашей апелляции занимается независимая экспертная организация.

- Мы пересылаем информацию по вашей апелляции в эту организацию. Эта информация называется вашим делом (case file). **Вы имеете право получить копию материалов по вашему делу.**
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.
- Эксперты из независимой экспертной организации тщательно изучат всю информацию, имеющую отношение к вашей апелляции.

**Если вы подавали быструю апелляцию 1-го уровня, на 2-м уровне она также будет рассматриваться как быстрая апелляция.**

- При подаче быстрой апелляции 2-го уровня решение будет вынесено **в течение 72 часов** с момента ее получения экспертной организацией.
- Если ваш запрос касается медицинской услуги или приспособления и независимой экспертной организации необходимо собрать больше информации, которая может быть использована в ваших интересах, **процесс рассмотрения может занять еще до 14 календарных дней**. В случае направления вами запроса о покрытии лекарственного препарата по программе Часть В независимая экспертная организация не сможет продлить срок принятия решения.

**Если ваша апелляция 1-го уровня рассматривалась как стандартная апелляция, на 2-м уровне рассмотрения она также будет рассматриваться как стандартная апелляция.**

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

- Если стандартная апелляция подана по поводу медицинского приспособления или медицинской услуги, то независимая экспертная организация должна дать вам ответ по апелляции 2-го уровня **в течение 30 календарных дней** со дня ее получения.
- Если ваша апелляция 2-го уровня касается лекарственного препарата, покрываемого по программе Часть В, решение будет вынесено **в течение 7 календарных дней** с момента ее получения независимой экспертной организацией.

### **Шаг 2. Независимая экспертная организация дает вам ответ.**

Независимая экспертная организация сообщает вам письмом свое решение и основания для его принятия.

- **Если независимая экспертная организация полностью или частично согласна с запросом на покрытие медицинского приспособления или услуги**, мы должны утвердить покрытие медицинской помощи в течение **72 часов** или предоставить услугу в течение 14 календарных дней после получения решения от независимой экспертной организации **по стандартным запросам**. В случае рассмотрения **запросов в ускоренном порядке** у нас есть **72 часа** с даты получения решения от независимой экспертной организации.
- **Если независимая экспертная организация полностью или частично согласна с запросом на покрытие лекарства по программе Часть В**, мы должны утвердить или предоставить препарат, покрываемый по Части В, в течение **72 часов** после получения решения от независимой экспертной организации, если запрос рассматривается **в стандартном порядке**. В случае рассмотрения **запросов в ускоренном порядке** у нас есть **24 часа** с даты получения решения от независимой экспертной организации.
- **Если независимая экспертная организация отклонит вашу апелляцию частично или полностью**, это означает, что она согласна с тем, что мы не должны одобрять (частично или полностью) ваш запрос о покрытии планом медицинской помощи. (Это называется «**подтвердить решение**» [upholding the decision] или «**отклонить апелляцию**» [turning down your appeal].) В этом случае независимая экспертная организация присылает вам письмо, в котором:
  - Объясняет принятое решение.
  - Сообщает вам о том, что вы имеете право перейти на 3-й уровень рассмотрения апелляции, если размер запрашиваемого покрытия медицинской помощи в долларах не меньше установленного минимума. В письменном уведомлении, которое вы получите от независимой экспертной организации, будет сказано, при какой величине страхового покрытия в долларах вы можете продолжить процедуру апелляции.
  - Сообщает, как подать апелляцию 3-го уровня.

### **Шаг 3. Если ваш случай отвечает установленным требованиям, вы решаете, хотите ли вы продолжать процесс рассмотрения апелляции.**

- Помимо 2-го уровня, существуют еще 3 дополнительных уровня процедуры апелляции (всего 5 уровней). О том, как подать апелляцию 3-го уровня, говорится в письменном уведомлении, которым вам сообщают о решении, принятом по апелляции 2-го уровня.
- Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья по административным делам или юридический судья. Подробнее об уровнях 3, 4 и 5 процедуры апелляции говорится в разделе 10.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

### Раздел 6.5 Как попросить нас возместить ваши расходы на медицинскую помощь в размере покрываемой нами части ее стоимости

**Когда вы просите нас о возмещении своих расходов, вы просите нас принять страховое решение.**

Когда вы присылаете нам документы в поддержку просьбы о возмещении расходов, вы просите нас принять страховое решение. Чтобы принять страховое решение, мы выясняем, покрывает ли наш план оплаченную вами медицинскую помощь. Кроме того, мы выясняем, соблюдали ли вы правила использования покрытия для медицинской помощи.

- Если мы покрываем медицинскую помощь и если вы соблюдали все правила, мы обычно направляем вам платеж в размере нашей доли стоимости в течение 30 (но не больше 60) календарных дней после получения вашего запроса. Если вы еще не оплатили медицинскую помощь, мы направим платеж непосредственно поставщику медицинских услуг.
- **Если мы даем отрицательный ответ.** Если мы сочтем, что не должны покрывать полученную вами медицинскую помощь или что вы не соблюдали какие-либо правила, мы не будем платить. Вместо этого мы вам пришлем письмо с отказом платить за медицинскую помощь и подробным объяснением причин.

Если вы не согласны с нашим решением, **можете подать апелляцию**. Подавая апелляцию, вы просите нас изменить принятое нами отрицательное страховое решение, т. е. отказ в оплате.

**Процедура подачи апелляции описана в разделе 6.3.** Что касается апелляций по поводу возмещения расходов:

- Мы должны дать вам ответ в течение 60 календарных дней после получения вашей апелляции. Апелляция по поводу возмещения ваших расходов на уже полученную и оплаченную медицинскую помощь рассматривается только в стандартные сроки — в таком случае нельзя подать запрос на быструю апелляцию.
- Если независимая экспертная организация примет решение о необходимости оплаты, мы обязаны выслать вам или поставщику услуг платеж в течение 30 календарных дней. Если по вашей апелляции принято положительное решение на любом уровне процедуры апелляции выше 2-го, то в течение 60 календарных дней мы должны уплатить нужную сумму вам или поставщику медицинских услуг.

---

## РАЗДЕЛ 7 Препараты, покрываемые по программе Часть D. как попросить о вынесении страхового решения или подать апелляцию

---

### Раздел 7.1 В этом разделе описано, что делать, если вам не удастся получить страховое покрытие лекарства согласно Части D или если вы хотите, чтобы мы возместили вам расходы на такое лекарство

Мы покрываем многие рецептурные лекарственные препараты. Для получения покрытия ваше лекарство должно применяться по показаниям, принятым в медицинской практике. (Дополнительные сведения о применении лекарств по установленным медицинским показаниям см. в главе 5.) Подробнее о лекарствах, покрываемых согласно Части D, правилах их страхового покрытия, ограничениях и стоимости можно узнать в главах 5 и 6. **В этом разделе говорится только о лекарствах, покрываемых по**

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

**программе Часть D.** Чтобы упростить для вас текст, мы используем здесь слово «препарат» или «лекарство», вместо того чтобы каждый раз целиком повторять термин «покрываемый планом рецептурный лекарственный препарат для амбулаторного лечения» или «лекарство, покрываемое по условиям Части D». Кроме того, мы употребляем термин «Список лекарственных препаратов» вместо Перечень покрываемых лекарственных препаратов или «Фармакологический справочник».

- Если вы не знаете, покрываем ли мы какое-нибудь лекарство или соответствуете ли вы правилам его покрытия, можете спросить у нас. На страховое покрытие некоторых лекарств нужно вначале получать наше разрешение.
- Если в аптеке не смогут выдать назначенное лекарство согласно рецепту, вам дадут письменное уведомление с разъяснением, как связаться с нами для получения страхового решения.

### Страховые решения и апелляции в рамках Части D

#### Юридические термины

Решение о первоначальном страховом покрытии ваших препаратов Части D называется **заключение о покрытии (coverage determination)**.

Страховое решение — это решение о том, что и как мы покрываем, или о том, сколько мы будем платить за полученные вами лекарства. В этом разделе объясняется, что вы можете сделать в каждой из описанных здесь ситуаций:

- Вы просите покрыть по условиям Части D лекарство, не включенное в список лекарственных препаратов нашего плана. **Подайте запрос на предоставление исключения. Раздел 7.2.**
- Вы просите нас отменить ограничение на страховое покрытие лекарства (например, на количество лекарства, которое вы можете получить). **Попросите сделать для вас исключение из правил. Раздел 7.2.**
- Вы просите платить меньшую долю финансирования расходов за покрываемый лекарственный препарат на более высоком уровне финансирования расходов. **Попросите сделать для вас исключение из правил. Раздел 7.2.**
- Вы просите, чтобы мы заранее подтвердили, что будем покрывать ваше лекарство. **Попросите нас принять страховое решение. Раздел 7.4.**
- Вы просите нас возместить ваши расходы на уже купленный рецептурный лекарственный препарат. **Попросите нас возместить ваши расходы. Раздел 7.4.**

Если вы не согласны с принятым нами страховым решением, вы можете подать апелляцию на него.

В этом разделе объясняется, как попросить нас принять страховое решение и подать апелляцию.

### Раздел 7.2 Подача запроса на предоставление исключения

#### Юридические термины:

Просьба предоставить страховое покрытие лекарства, не включенного в список лекарственных препаратов, является **просьбой об исключении из правил**.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

### Юридические термины:

Просьба снять ограничение на страховое покрытие лекарства является **просьбой об исключении из правил**.

Просьба уменьшить уровень вашего участия в оплате покрываемого планом неприоритетного лекарства является **просьбой об исключении в отношении уровня софинансирования лекарственного препарата**.

Если для лекарства не предусмотрено страховое покрытие на предпочтительных для вас условиях, вы можете попросить нас об **исключении**. Исключение — это один из видов страховых решений.

Если вы просите нас сделать исключение, ваш врач или другой медик, выписавший лекарство, должен объяснить нам, какие медицинские соображения делают исключение необходимым. Ниже приведены 3 примера исключений, о которых вы или ваш врач либо другой специалист, выписывающий рецепт, можете нас просить:

- 1. Страховое покрытие лекарства по условиям Части D, которое отсутствует в нашем Списке лекарственных препаратов.** Если мы согласимся покрыть расходы на лекарство, отсутствующее в нашем списке лекарственных препаратов, вам придется оплатить долю софинансирования расходов, которая применяется к лекарственным препаратам уровня 4 (непредпочтительные лекарственные препараты). Вы не можете попросить нас отменить долю софинансирования расходов, которую вы должны платить за лекарство.
- 2. Снятие ограничения на страховое покрытие покрываемого лекарственного препарата.** Для некоторых лекарств из нашего Списка лекарственных препаратов существуют дополнительные правила и ограничения. Подробнее см. в главе 5. Если мы согласимся сделать для вас исключение и отменить ограничение, вы можете попросить об исключении в отношении доли софинансирования расходов, которую мы требуем от вас платить за лекарство.
- 3. Изменение страхового покрытия лекарственного препарата путем его перемещения на более низкий уровень софинансирования расходов.** Каждое лекарство из нашего списка лекарственных препаратов относится к одному из 6 (шести) уровней софинансирования расходов. Как правило, чем ниже уровень софинансирования расходов, тем меньшую долю от стоимости препарата вы будете платить.
  - Если в нашем списке лекарственных препаратов есть альтернативные лекарства для лечения вашего заболевания, которые находятся на более низком уровне софинансирования расходов, чем ваш препарат, вы можете попросить нас покрыть ваше лекарство с долей софинансирования расходов, применимой к альтернативному(-ым) препарату(-ам).
  - Если лекарство, которое вы принимаете, является фирменным препаратом, вы можете попросить нас покрыть такое лекарство с долей софинансирования расходов, применимой к самому низкому уровню, который содержит аналогичные препараты для лечения вашего заболевания.
  - Если лекарство, которое вы принимаете, является непатентованным лекарственным препаратом, вы можете попросить нас покрыть такое лекарство с долей софинансирования расходов, применимой к самому низкому уровню, который содержит аналогичные фирменные и непатентованные лекарственные препараты для лечения вашего заболевания.
  - Вы не можете попросить нас изменить уровень софинансирования расходов для любого лекарства уровня 5 (специализированные лекарственные препараты).

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- Если мы одобряем ваш запрос об исключении в отношении уровня софинансирования лекарственного препарата и если имеется несколько более низких уровней софинансирования расходов, включающих альтернативные препараты, но они вам не подходят, в обычных условиях вы заплатите наименьшую сумму.

### Раздел 7.3 Что важно знать о том, как попросить нас сделать исключение

#### Ваш врач должен сообщить нам медицинские основания для запроса на исключение из правил

Ваш врач или другой специалист, выписавший рецепт, должен дать заключение о медицинских основаниях, позволяющих просить исключение из правил. Когда вы просите нас сделать исключение из правил, включайте в подаваемые вами документы полученное у врача или поставщика медицинских услуг обоснование вашего запроса. Это ускорит принятие решения.

В нашем списке лекарственных препаратов обычно есть несколько лекарств для лечения одного заболевания. Эти лекарства называются **альтернативными**. Если альтернативное лекарство действует в вашем случае так же хорошо, как то лекарство, которое вы хотите получить, и если альтернативное лекарство не вызывает дополнительных побочных и нежелательных явлений, то мы, скорее всего, не сделаем для вас исключение из правил. Если вы подаете запрос об исключении в отношении лекарственного препарата определенного уровня, как правило, мы не удовлетворяем такие запросы, если только все альтернативные препараты более низких уровней софинансирования расходов не окажутся для вас неэффективными, могут вызвать побочные эффекты или нанести другой вред.

#### На вашу просьбу мы даем отрицательный или положительный ответ

- Если на вашу просьбу сделать исключение из правил мы даем положительный ответ, то наше решение обычно остается в силе до конца страхового года. Оно действует до тех пор, пока ваш врач продолжает выписывать вам это лекарство и пока оно эффективно и безопасно помогает при вашем заболевании.
- Если на вашу просьбу сделать исключение из правил мы даем отрицательный ответ, вы можете попросить нас пересмотреть принятое решение. Для этого нужно подать апелляцию.

### Раздел 7.4 как попросить о страховом решении, в том числе как попросить нас сделать исключение

#### Юридические термины

Быстрое решение по покрытию называется **ускоренным заключением о покрытии (expedited coverage determination)**.

**Шаг 1.** Определитесь, какое страховое решение вам нужно — быстрое решение по покрытию или стандартное.

**Стандартные страховые решения** принимаются в течение **72 часов** после получения справки от вашего врача. **Быстрые решения по покрытию** принимаются в течение **24 часов** после получения справки от вашего врача.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

**Если состояние здоровья не позволяет вам ждать в течение стандартного срока, попросите нас принять быстрое решение по покрытию. Чтобы было принято быстрое решение по покрытию, должны быть выполнены 2 требования:**

- Вы должны подавать запрос относительно лекарства, которое еще не получили. (Вы не можете просить о быстром решении по покрытию для возмещения ваших расходов на лекарство, которое вы уже купили.)
- Рассмотрение в стандартные сроки способно серьезно повредить вашему здоровью либо вашим физическим или психическим возможностям.
- **Если ваш врач или другой медик, выписавший рецепт, сообщит нам, что вам требуется быстрое решение по покрытию с связи с состоянием здоровья, мы автоматически на это согласимся.**
- **Если вы сами, без врача или выписавшего рецепт медика, просите нас вынести быстрое решение по покрытию, мы сами решаем, требует ли этого состояние вашего здоровья.** Если мы отказываемся рассматривать вашу просьбу о быстром решении по покрытию, то присылаем вам письмо, где сказано следующее:
  - Объясняется, почему мы будем рассматривать вашу просьбу в стандартные сроки.
  - Объясняется, что если ваш врач или другой медик, выписавший рецепт, просит принять быстрое решение по покрытию, мы автоматически на это соглашаемся.
  - Поясняется, как вы можете подать «быструю» жалобу на наше решение рассматривать вашу просьбу в стандартные сроки вместо запрашиваемого вами быстрого решения по покрытию. На такую жалобу мы отвечаем в течение 24 часов после получения.

### **Шаг 2. Попросите нас принять стандартное или быстрое решение по покрытию.**

- Начните с того, что попросите наш план покрыть медицинскую помощь, которую вы хотите получать (т. е. утвердить ее страховое покрытие). Для этого позвоните, напишите или пришлите факс в наш план. Ознакомьтесь с процессом рассмотрения просьбы о страховом решении можно на нашем сайте. Мы обязаны принимать все письменные запросы, в том числе на бланке *запроса на заключение о страховом покрытии (Coverage Determination Request) по форме CMS*. Этот бланк есть на нашем сайте: [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com). Контактная информация приведена в главе 2. Чтобы облегчить нам обработку вашего запроса, укажите свое имя и контактную информацию. Если вы подаете апелляцию, укажите, какого именно нашего решения она касается.

Это можете сделать вы, ваш врач (либо тот, кто выписал вам рецепт) или ваш представитель. Действовать от вашего имени может адвокат. О том, как дать кому-нибудь письменное разрешение действовать в качестве вашего представителя, см. в разделе 4.

- **Если вы просите сделать для вас исключение из правил**, приложите медицинское обоснование такого запроса. Ваш врач или другой медик, выписавший вам рецепт, может прислать нам это обоснование по факсу или письмом. Кроме того, он может сообщить нам о своих соображениях по телефону, а письменное обоснование при необходимости прислать потом факсом или письмом.

### **Шаг 3. Мы рассматриваем вашу просьбу и даем ответ.**

#### **Сроки принятия быстрого решения по покрытию**

- Мы должны ответить вам **в течение 24 часов** после получения вашего запроса.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

- Если вы просите о том, чтобы для вас сделали исключение из правил, ответ мы даем в течение 24 часов после того, как получим от вашего врача обоснование этой просьбы. Если этого требует состояние вашего здоровья, мы отвечаем раньше.
- Если мы не даем ответ в указанный выше срок, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация.
- **Если мы принимаем положительное решение по всему вашему запросу или его части**, мы должны предоставить разрешенное страховое покрытие в течение 24 часов с момента получения вашего запроса или его обоснования врачом.
- **Если мы принимаем отрицательное решение по всему вашему запросу или его части**, мы пришлем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.

### ***Сроки принятия стандартного страхового решения по поводу лекарства, которое вы еще не получили***

- Мы должны ответить вам в течение 72 часов после получения вашего запроса.
  - Если вы просите о том, чтобы для вас сделали исключение из правил, ответ мы даем в течение 72 часов после того, как получим от вашего врача обоснование этой просьбы. Если этого требует состояние вашего здоровья, мы отвечаем раньше.
  - Если мы не даем ответ в указанный выше срок, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация.
- **Если мы принимаем положительное решение по всему вашему запросу или его части**, мы должны **предоставить страховое покрытие**, на которое согласились, **в течение 72 часов** с момента получения вашего запроса или его обоснования врачом.
- **Если мы принимаем отрицательное решение по всему вашему запросу или его части**, мы пришлем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.

### ***Стандартные сроки для принятия решения о покрытии по поводу лекарства, которое вы уже купили***

- Мы обязаны дать вам ответ **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.
  - Если мы не даем ответ в указанный выше срок, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация.
- **Если наше решение по всей вашей апелляции или ее части положительное**, мы должны уплатить вам в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса.
- **Если мы принимаем отрицательное решение по всему вашему запросу или его части**, мы пришлем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.

### **Шаг 4. Если страховое решение отрицательное, вы можете подать апелляцию.**

- В случае отрицательного ответа вы имеете право попросить нас пересмотреть принятое решение (т. е. вы можете подать апелляцию). Апелляция — это еще одна попытка добиться покрытия лекарственных препаратов, которое вы хотите получить. Подавая апелляцию, вы переходите на 1-й уровень процедуры апелляции.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

### Раздел 7.5 Как подать апелляцию 1-го уровня

#### Юридические термины

Юридический термин для апелляции, поданной в план по поводу его же решения о покрытии лекарственных препаратов по условиям Части D, — это просьба о повторном рассмотрении решения (redetermination).

Другое название быстрой апелляции (fast appeal) — **ускоренное повторное рассмотрение решения (expedited redetermination)**.

#### **Шаг 1. Определитесь, какая апелляция вам нужна — быстрая или стандартная.**

**По стандартной апелляции мы обычно принимаем решение в течение 7 календарных дней. По быстрой апелляции мы обычно принимаем решение в течение 72 часов. Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите нас о быстрой апелляции.**

- Если вы подаете апелляцию на наше решение о страховом покрытии лекарства, которое вы еще не получили, можно попросить нас о быстрой апелляции. Нужно ли это, решаете вы вместе со своим врачом или другим медиком, выписавшим лекарство.
- Требования при рассмотрении быстрой апелляции те же, что и в случае быстрого решения по покрытию (см. раздел 7.4 этой главы).

#### **Шаг 2. Вы, ваш представитель, врач или другой медик, выписавший рецепт, должны связаться с нами и подать апелляцию 1-го уровня. Если состояние вашего здоровья требует быстрого ответа, попросите нас о быстрой апелляции.**

- **Стандартные апелляции нужно подавать в письменном виде.** Контактная информация приведена в главе 2.
- **Подать быструю апелляцию можно в письменном виде или по телефону (866) 314-2427.** Контактная информация приведена в главе 2.
- **Мы обязаны принимать все письменные запросы**, в том числе на *бланке запроса на повторное заключение о страховом покрытии (Redetermination Request) по форме CMS*. Этот бланк есть на нашем сайте [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare). Обязательно укажите свое имя, контактную информацию и сведения о своей претензии, чтобы облегчить нам обработку вашего запроса.
- **Срок подачи апелляции составляет 65 календарных дней** со дня, которым датировано письменное уведомление, извещающее вас о нашем страховом решении. Если вы пропустили этот срок по уважительной причине, то, подавая апелляцию, объясните, почему опоздали. Мы можем продлить срок подачи апелляции. Примеры уважительных причин: у вас серьезное заболевание, помешавшее вам связаться с нами, либо мы предоставили вам неправильную или неполную информацию о сроках подачи апелляции.
- **Вы можете попросить у нас копии документов, имеющих отношение к апелляции. Кроме того, вы можете предоставить нам дополнительную информацию.** Вы и ваш врач можете предоставить нам дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

### **Шаг 3. Мы рассматриваем вашу апелляцию и даем ответ.**

- При рассмотрении апелляции мы заново тщательно изучаем всю информацию, касающуюся страхового решения. Мы проверяем, все ли правила мы соблюдали, когда давали отрицательный ответ.
- Мы можем связаться с вами, вашим врачом или лицом, выписавшим вам рецепт, для получения дополнительной информации.

### **Сроки рассмотрения быстрой апелляции**

- При быстрой апелляции мы должны дать вам ответ в течение **72 часов после получения апелляции**. Если этого требует состояние вашего здоровья, мы отвечаем раньше.
  - Если мы не даем ответ в течение 72 часов, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация. В разделе 7.6 рассматривается процедура апелляции 2-го уровня.
- **Если мы принимаем положительное решение по всему вашему запросу или его части**, мы должны предоставить разрешенное страховое покрытие в течение 72 часов с момента получения апелляции.
- **Если мы принимаем отрицательное решение по всему вашему запросу или его части**, мы присылаем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.

### **Сроки рассмотрения стандартной апелляции по поводу лекарства, которое вы еще не получили**

- Если мы рассматриваем стандартную апелляцию, то должны принять решение в течение **7 календарных дней** после ее получения. Мы сообщим о своем решении раньше, если этого требует состояние вашего здоровья, а лекарство вы еще не получили.
  - Если мы не даем ответ в течение 7 календарных дней, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции, где его рассмотрит независимая экспертная организация. Процедура апелляции 2-го уровня описана в разделе 7.6.
- **Если мы принимаем положительное решение по всему вашему запросу или его части**, мы должны предоставить страховое покрытие так скоро, как этого требует состояние вашего здоровья, но не позднее **7 календарных дней** после получения апелляции.
- **Если мы принимаем отрицательное решение по всему вашему запросу или его части**, мы присылаем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.
- Мы обязаны дать вам ответ **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.
  - Если мы не даем ответ в указанный выше срок, мы должны переслать ваш запрос на 2-й уровень процедуры апелляции. На этом уровне его рассматривает независимая экспертная организация.
- **Если мы принимаем положительное решение по всему вашему запросу или его части**, мы должны заплатить вам в течение 30 календарных дней после получения вашего запроса.
- **Если мы принимаем отрицательное решение по всему вашему запросу или его части**, мы пришлем вам письмо с подробным объяснением причин своего отказа. В этом же письме объясняется, как подать апелляцию на наше решение.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

**Шаг 4. Получив отрицательное решение по своей апелляции, вы решаете, хотите ли вы продолжить процедуру апелляции и подать еще одну апелляцию.**

- Если вы решили подать еще одну апелляцию, вам нужно использовать процедуру апелляции 2-го уровня.

### Раздел 7.6 Как подать апелляцию 2-го уровня

#### Юридические термины

Официальное название независимой экспертной организации — **независимое юридическое лицо, отвечающее за составление экспертного заключения (Independent Review Entity)**. Иногда используется сокращение **IRE**.

**Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанятая Medicare.** Она не связана с нами и не является государственным учреждением. Эта организация решает, является ли наше решение правильным или его нужно изменить. Надзор над ее деятельностью осуществляет Medicare.

**Шаг 1. Вы (или ваш врач, другой медик, выписавший рецепт, или ваш представитель) должны обратиться в независимую экспертную организацию и попросить ее проверить ваше дело.**

- Если мы принимаем отрицательное решение по вашей апелляции 1-го уровня, мы сообщаем вам о своем решении в письменном уведомлении, где объясняется, **как подать апелляцию 2-го уровня**. Эту апелляцию рассматривает независимая экспертная организация. Из письма вы узнаете, кто может подать апелляцию 2-го уровня, каковы сроки подачи такой апелляции и как связаться с независимой экспертной организацией.
- **Срок подачи апелляции составляет 65 календарных дней** с даты, указанной в письменном уведомлении.
- Мы сами автоматически пересылаем ваш запрос в независимую экспертную организацию, если не смогли рассмотреть апелляцию в срок или приняли по ней отрицательное решение в связи с тем, что вы находитесь **в группе риска** согласно нашей программе регулирования лечения наркотическими препаратами.
- Мы пересылаем информацию по вашей апелляции в независимую экспертную организацию. Эта информация называется вашим **делом** (case file). **Вы имеете право получить копию материалов по вашему делу.**
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию в поддержку вашей апелляции.

**Шаг 2. Рассмотрением вашей апелляции занимается независимая экспертная организация.**

Эксперты из независимой экспертной организации тщательно изучат всю информацию, имеющую отношение к вашей апелляции.

#### **Сроки рассмотрения быстрой апелляции**

- Если этого требует состояние вашего здоровья, направьте независимой экспертной организации запрос на быструю апелляцию.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

- Рассматривая быструю апелляцию, независимая экспертная организация должна дать ответ на апелляцию 2-го уровня **в течение 72 часов** после получения вашего запроса.

### **Сроки рассмотрения стандартной апелляции**

- Рассматривая стандартную апелляцию, независимая экспертная организация должна дать ответ на апелляцию 2-го уровня по поводу еще не приобретенного лекарства **в течение 7 календарных дней** после получения вашего запроса. Если ваша апелляция 2-го уровня касается возмещения расходов на лекарство, которое вы уже приобрели, то независимая экспертная организация должна дать ответ **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.

### **Шаг 3. Независимая экспертная организация дает вам ответ.**

#### **Рассмотрение быстрых апелляций:**

- Если решение независимой экспертной организации по всей апелляции или ее части **положительное**, мы должны **предоставить разрешенное ею покрытие лекарственных препаратов в течение 24 часов** после получения этого решения.

#### **Рассмотрение стандартных апелляций:**

- Если решение независимой экспертной организации по всей апелляции или ее части **положительное**, мы должны **предоставить разрешенное ею покрытие лекарственных препаратов в течение 72 часов** после получения этого решения.
- Если решение независимой экспертной организации относительно возмещения ваших расходов на уже купленное лекарство **положительное по всей апелляции или ее части**, мы должны **прислать вам платеж в течение 30 календарных дней** после получения этого решения.

### **Что делать, если независимая экспертная организация принимает отрицательное решение по вашей апелляции?**

Если независимая экспертная организация принимает отрицательное решение по всей вашей апелляции или ее части, это означает, что она согласна с нашим решением и отказывает в запрошенном покрытии (полностью или частично). (Это называется **подтвердить решение**. Другое название — **отклонить апелляцию**.) В этом случае независимая экспертная организация присылает вам письмо, в котором:

- Объясняет принятое решение.
- Сообщает вам о том, что вы можете перейти на 3-й уровень рассмотрения апелляции, если размер покрытия лекарственных препаратов в долларах не меньше установленного минимума. Если сумма покрытия лекарственных препаратов в долларах, которое вы хотите получить, слишком низкая, то подать еще одну апелляцию вы не можете. Это означает, что решение, принятое на 2-м уровне рассмотрения, будет окончательным.
- Сообщает вам, какой должна быть сумма спорного страхового покрытия в долларах, для того чтобы продолжить процедуру апелляции.

### **Шаг 4. Если ваш случай отвечает установленным требованиям, вы решаете, хотите ли вы продолжать процесс рассмотрения апелляции.**

- Помимо 2-го уровня, существуют еще 3 дополнительных уровня процедуры апелляции (всего 5 уровней).

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

- О том, как подать апелляцию 3-го уровня, говорится в письменном уведомлении о решении, принятом по апелляции 2-го уровня.
- Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья по административным делам (Administrative Law Judge) или юридический судья (Attorney Adjudicator). Подробнее об уровнях 3, 4 и 5 процедуры апелляции говорится в разделе 10.

## РАЗДЕЛ 8 Как попросить нас продлить страховое покрытие госпитализации в стационарной больнице, если вас выписывают слишком рано

---

В случае госпитализации вы имеете право на все покрываемые услуги лечения в больнице, необходимые для диагностики и лечения вашей болезни или травмы.

Во время покрываемого периода госпитализации ваш врач и сотрудники больницы помогают вам подготовиться ко дню выписки. Кроме того, они участвуют в организации помощи, которая вам понадобится после выписки.

- День выхода из больницы называется **датой выписки**.
- Когда будет назначена дата выписки, вам ее сообщит ваш врач или другой сотрудник больницы.
- Если вы считаете, что вас просят покинуть больницу слишком рано, то можете попросить о продлении госпитализации.

### Раздел 8.1 При госпитализации в стационарную больницу вы получаете письменное уведомление от Medicare о ваших правах

Когда вы поступаете в больницу, вам в течение 2 календарных дней выдают письменное уведомление, которое называется *Важное сообщение от Medicare о ваших правах (An Important Message from Medicare about Your Rights)*. Этот документ получают все участники программы Medicare. Если больница не выдала вам это уведомление, попросите его у любого сотрудника больницы (например, у медсестры или социального работника). Если вам нужна помощь, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ набирайте 711) или по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (При использовании ТТУ набирайте 1-877-486-2048).

#### 1. Внимательно прочитайте это уведомление и задайте вопросы, если вам что-нибудь непонятно.

Из него вы можете узнать о таком:

- Ваше право получать покрываемые Medicare услуги во время госпитализации и после выписки согласно назначению врача. Это включает право знать, в чем состоят эти услуги, кто за них платит и где вы можете их получить.
- Право участвовать в принятии всех решений о своей госпитализации.
- Куда обращаться, если вас не устраивает качество помощи при стационарном лечении.
- Право **просить о срочном пересмотре** решения о выписке, если вы считаете, что вас выписывают из больницы слишком рано. Это способ официально попросить нас перенести дату выписки и продлить ваше стационарное лечение и его страховое покрытие.

#### 2. Вас попросят подписать письменное уведомление; так вы подтвердите, что получили его и понимаете свои права.

- Подписать уведомление должны вы или кто-нибудь, кто действует от вашего имени.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

- Подписание уведомления подтверждает *только* то, что вы получили информацию о своих правах. В этом уведомлении не указана ваша дата выписки. Подписание уведомления **не означает**, что вы согласны с датой выписки.

**3. Сохраните свой экземпляр** подписанного уведомления. Он содержит сведения, которые могут вам понадобиться, если вы решите подать апелляцию (или сообщить о неудовлетворительном качестве обслуживания).

- Если вы подписали уведомление раньше чем за 2 календарных дня до даты выписки, то перед назначением даты выписки вы получите еще один его экземпляр.
- Чтобы ознакомиться с уведомлением заранее, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ набирайте 711) или по номеру 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048. Уведомление также можно найти на сайте [www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-mail](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-mail).

### Раздел 8.2 Как подать апелляцию 1-го уровня с целью изменить дату выписки из больницы

Чтобы попросить нас продлить покрытие лечения в стационарной больнице, воспользуйтесь процедурой апелляции. Сначала разберитесь, что нужно делать и каковы сроки подачи и рассмотрения таких апелляций.

- **Соблюдайте процедуру**
- **Соблюдайте установленные сроки**

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

- **Обращайтесь за помощью в случае необходимости.** Если у вас возникнут вопросы или вам потребуется помощь, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ набирайте 711). Кроме того, вы можете позвонить в программу помощи по вопросам медицинского страхования штата State Health Insurance Assistance Program (SHIP) для получения индивидуальной помощи. SHIP Alameda County:  
(510) 839-0393  
Contra Costa County:  
(925) 655-1393  
Fresno and Madera Counties:  
(559) 224-9117  
Imperial County:  
(760) 353-0223  
Kern County:  
(661) 868-1000  
Kings and Tulare Counties:  
(559) 713-2875  
Orange County:  
(714) 560-0424  
Placer and Yolo Counties:  
(916) 376-8915  
San Francisco County:  
(415) 677-7520  
San Joaquin County:  
(209) 470-7812  
San Mateo County:  
(650) 627-9350  
Santa Clara County:  
(408) 350-3239  
Solano County:  
(707) 526-4108  
Stanislaus County:  
(209) 558-4540. Контактная информация программы SHIP приведена в разделе 3 главы 2.

**Вашу апелляцию 1-го уровня рассматривает организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization).** Она проверяет, оправдана ли назначенная вам дата выписки с медицинской точки зрения. **Организация повышения качества обслуживания** представляет собой группу врачей и других специалистов сферы здравоохранения. Их работа оплачивается федеральным правительством. Задача организации состоит в контроле и повышении качества обслуживания участников программы Medicare. Эта организация проверяет, в том числе, обоснованность дат выписки больных, включенных в программу Medicare. Эксперты этой организации не принадлежат к нашему плану.

**Шаг 1. Обратитесь в организацию повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization) своего штата и попросите ее в ускоренном порядке рассмотреть вашу апелляцию по поводу выписки из больницы. Действовать нужно быстро.**

**Как связаться с этой организацией?**

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

- О том, как связаться с этой организацией, говорится в письменном уведомлении *Важное сообщение от Medicare о ваших правах (An Important Message from Medicare about Your Rights)*. Адрес и телефоны организации повышения качества обслуживания, действующей в вашем штате, приведены в главе 2 этого справочника.

### **Действуйте быстро:**

- Для того чтобы подать апелляцию, вы должны связаться с организацией повышения качества обслуживания *до того*, как покинете больницу, и **не позднее полуночи накануне планируемой даты выписки**.
  - Если вы подали запрос вовремя, то пока вы ожидаете решения организации повышения качества обслуживания, вы можете оставаться в больнице *после* назначенной даты выписки *без дополнительной платы*.
  - **Если вы не уложились в этот срок, свяжитесь с нами.** Если вы решили остаться в больнице после запланированной даты выписки, *возможно, вам придется полностью оплатить* все стационарное лечение, полученное после запланированной даты выписки.
- Если вы попросите организацию повышения качества обслуживания быстро пересмотреть решение по поводу вашей выписки из больницы, представители этой организации свяжутся с нами. К полудню дня, следующего за тем, когда с нами связалась эта организация, мы выдаем вам **подробное уведомление о выписке из больницы** (Detailed Notice of Discharge). Оно содержит запланированную дату выписки и медицинское обоснование того, почему ваш врач, больница и мы считаем, что вас нужно выписать в этот день.
- Вы можете получить образец **подробного уведомления о выписке**, позвонив в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ набирайте номер 711) или по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048.) Кроме того, образец уведомления можно найти на сайте [www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

### **Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит независимую проверку вашего случая.**

- Специалисты-медики из организации повышения качества обслуживания («эксперты») выяснят у вас (или у вашего представителя), почему вы считаете, что страховое покрытие нужно продлить. Вы не обязаны готовить свои доводы в письменном виде, но можете это сделать, если захотите.
- Эксперты также изучат вашу медицинскую информацию, побеседуют с вашим врачом и изучат информацию, которую им предоставили мы и больница.
- К полудню дня, следующего за тем, когда эксперты сообщили нам о вашей апелляции, вы получите от нас письменное уведомление, в котором указана ваша запланированная дата выписки. Оно, кроме прочего, содержит подробное обоснование (с медицинской точки зрения) того, почему ваш врач, больница и мы считаем, что вас нужно выписать в этот день.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

**Шаг 3. Организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization) сообщает свое решение по вашей апелляции в течение одного полного дня после получения ею необходимой информации.**

### **Что будет, если ответ положительный?**

- Если независимая экспертная организация принимает *положительное* решение, **мы должны продлить страховое покрытие вашего лечения в стационарной больнице до тех пор, пока эти услуги остаются необходимыми по медицинским показаниям.**
- Вам нужно по-прежнему оплачивать свою долю расходов (например, не покрываемые страховкой минимумы или доплаты, если они применяются в вашем случае). Кроме того, на покрываемое лечение в больнице могут распространяться ограничения.

### **Что будет, если ответ отрицательный?**

- Если независимая экспертная организация принимает *отрицательное* решение, это означает, что запланированная для вас дата выписки из больницы обоснована с медицинской точки зрения. В этом случае **предоставляемое планом страховое покрытие вашего лечения в стационарной больнице заканчивается** в полдень дня, *следующего* за тем, когда вы получили ответ организации повышения качества обслуживания на вашу апелляцию.
- Если независимая экспертная организация принимает *отрицательное* решение по вашей апелляции, но вы решаете остаться в больнице, возможно, **вам придется полностью оплатить стационарное лечение, полученное после полудня дня, следующего за тем, когда вы получили ответ организации повышения качества обслуживания на вашу апелляцию.**

**Шаг 4. Если решение по вашей апелляции 1-го уровня отрицательное, вы решаете, хотите ли вы подать еще одну апелляцию.**

- Если организация повышения качества обслуживания приняла *отрицательное* решение по вашей апелляции, *но* вы остались в больнице после запланированной даты выписки, вы можете подать еще одну апелляцию. Подавая еще одну апелляцию, вы переходите на **2-й уровень** процедуры апелляции.

## **Раздел 8.3 Как подать апелляцию 2-го уровня с целью изменить дату выписки из больницы**

На 2-м уровне рассмотрения апелляции вы просите организацию повышения качества обслуживания пересмотреть решение, принятое по вашей первой апелляции. Если организация повышения качества обслуживания отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придется полностью оплатить пребывание в больнице после запланированной даты выписки.

**Шаг 1. Вы снова обращаетесь в организацию повышения качества обслуживания с просьбой провести еще одно рассмотрение.**

- Попросить об этом необходимо **в течение 60 календарных дней** с того дня, когда организация повышения качества обслуживания приняла *отрицательное* решение по вашей апелляции 1-го уровня. Вы можете подать запрос о пересмотре, только если остаетесь в больнице после даты окончания страхового покрытия вашего медицинского обслуживания.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

### **Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания изучает вашу ситуацию второй раз.**

- Эксперты из организации повышения качества обслуживания заново тщательно изучат всю информацию, имеющую отношение к вашей апелляции.

### **Шаг 3. Решение по вашей апелляции 2-го уровня принимается экспертами и сообщается вам не позднее чем через 14 календарных дней после ее получения.**

#### ***Если независимая экспертная организация даст положительный ответ:***

- **Мы должны возместить вам** нашу часть оплаты стационарного лечения, полученного вами с полудня дня, следующего за днем, когда организация повышения качества обслуживания отклонила вашу первую апелляцию. **Мы должны продлить страховое покрытие вашего стационарного лечения в больнице до тех пор, пока это лечение остается необходимым по медицинским показаниям.**
- Вы должны по-прежнему оплачивать свою долю стоимости лечения; могут действовать ограничения на страховое покрытие.

#### ***Если независимая экспертная организация даст отрицательный ответ:***

- Это означает, что организация согласна с решением, принятым по вашей апелляции 1-го уровня.
- О решении вам сообщат письмом. В нем также говорится о том, что вы можете сделать, если захотите продолжить процедуру апелляции.

### **Шаг 4. Если ответ отрицательный, вам нужно решить, хотите ли вы продолжить процесс рассмотрения апелляции и перейти на 3-й уровень ее рассмотрения.**

- Помимо 2-го уровня, существуют еще 3 дополнительных уровня процедуры апелляции (всего 5 уровней). О том, как подать апелляцию 3-го уровня, говорится в письменном уведомлении, которым вам сообщают о решении, принятом по апелляции 2-го уровня.
- Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья по административным делам или юридический судья. Подробнее об уровнях 3, 4 и 5 процедуры апелляции говорится в разделе 10 этой главы.

## **РАЗДЕЛ 9      Как попросить нас продлить страховое покрытие медицинских услуг, если вы считаете, что оно заканчивается слишком рано?**

---

Вы имеете право получать страховое покрытие **медицинской помощи на дому, квалифицированного сестринского ухода или услуг реабилитации (в центре комплексной амбулаторной реабилитации)** до тех пор, пока это необходимо для диагностики и лечения вашего заболевания или травмы.

Если мы решаем, что пора прекратить страховое покрытие какого-нибудь из этих 3-х видов обслуживания, мы должны сообщить вам об этом решении заранее. После прекращения страхового покрытия мы перестаем платить нашу часть оплаты за такое обслуживание.

Если вы считаете, что мы собираемся прекратить страховое покрытие слишком рано, **можете подать апелляцию на наше решение.** В этом разделе рассказывается о том, как подать апелляцию.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

### Раздел 9.1 Мы заранее сообщаем о том, когда закончится ваше страховое покрытие

#### Юридический термин:

**Уведомление об отказе в страховом покрытии обслуживания, покрываемого по программе Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage).** В этом документе говорится о том, как подать **быструю апелляцию (fast-track appeal)**. Когда вы подаете быструю апелляцию, вы официально просите нас изменить решение о дне окончания страхового покрытия.

- 1. Уведомление вы получаете в письменном виде** не позже чем за календарных дня до того, как план перестанет покрывать ваше обслуживание. В этом уведомлении сообщается следующее:
  - Дата, начиная с которой страховое покрытие прекратится.
  - Как подать апелляцию, рассматриваемую в ускоренном порядке, по поводу продления страхового покрытия обслуживания.
- 2. Вас или кого-нибудь, кто действует от вашего имени, попросят подписать это письменное уведомление, чтобы подтвердить его получение.** Подписывая это уведомление, вы подтверждаете *только* то, что вам сообщили о том, когда будет прекращено страховое покрытие. **Подписание уведомления не означает, что вы согласны** с решением плана о прекращении вашего обслуживания.

### Раздел 9.2 Как подать апелляцию 1-го уровня о продлении срока покрытия получаемого обслуживания

Если вы хотите попросить нас продлить страховое покрытие вашего обслуживания, вам нужно подать запрос по процедуре апелляции. Сначала разберитесь, что нужно делать и каковы сроки подачи и рассмотрения таких апелляций.

- **Соблюдайте процедуру**
- **Соблюдайте установленные сроки**

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

- **Обращайтесь за помощью в случае необходимости.** Если у вас возникнут вопросы или вам потребуется помощь, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ набирайте 711). Кроме того, вы можете позвонить в программу помощи по вопросам медицинского страхования штата State Health Insurance Assistance Program (SHIP) для получения индивидуальной помощи. SHIP Alameda County:  
(510) 839-0393  
Contra Costa County:  
(925) 655-1393  
Fresno and Madera Counties:  
(559) 224-9117  
Imperial County:  
(760) 353-0223  
Kern County:  
(661) 868-1000  
Kings and Tulare Counties:  
(559) 713-2875  
Orange County:  
(714) 560-0424  
Placer and Yolo Counties:  
(916) 376-8915  
San Francisco County:  
(415) 677-7520  
San Joaquin County:  
(209) 470-7812  
San Mateo County:  
(650) 627-9350  
Santa Clara County:  
(408) 350-3239  
Solano County:  
(707) 526-4108  
Stanislaus County:  
(209) 558-4540. Контактная информация программы SHIP приведена в разделе 3 главы 2.

**Вашу апелляцию 1-го уровня рассматривает организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization).** Она решает, обоснована ли дата окончания обслуживания с медицинской точки зрения. **Организация повышения качества обслуживания** представляет собой группу врачей и других экспертов сферы здравоохранения, которым федеральное правительство платит за контроль и улучшение качества обслуживания участников программы Medicare. Работа этой организации включает проверку решений плана о том, когда нужно прекращать определенную медицинскую помощь. Эксперты этой организации не принадлежат к нашему плану.

**Шаг 1. Подайте свою апелляцию 1-го уровня: свяжитесь с организацией повышения качества обслуживания и попросите ее в ускоренном порядке рассмотреть вашу апелляцию. Действовать нужно быстро.**

***Как связаться с этой организацией?***

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- О том, как связаться с этой организацией, говорится в полученном вами письменном уведомлении о прекращении страхового покрытия Medicare (*Notice of Medicare Non-Coverage*). Адрес и телефоны организации повышения качества обслуживания, действующей в вашем штате, приведены в главе 2 этого справочника.

### Действуйте быстро:

- Подать апелляцию в организацию повышения качества обслуживания нужно **до полудня дня, предшествующего тому, когда прекратится страховое покрытие обслуживания**. Эта дата указана в уведомлении о прекращении страхового покрытия по программе Medicare.
- Если вы пропустили крайний срок и хотите подать апелляцию, у вас все еще есть право ее подать. Свяжитесь с Организацией по улучшению качества с помощью контактной информации в Уведомлении о прекращении страхового покрытия по программе Medicare (*Notice of Medicare Non-Coverage*). Название, адрес и телефоны организации повышения качества обслуживания, действующей в вашем штате, также приведены в главе 2.

### Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания проводит независимую проверку вашего случая.

#### Юридический термин:

**Подробное объяснение причин прекращения страхового покрытия.** Уведомление, которое содержит подробное объяснение причин прекращения покрытия.

#### Что происходит в ходе рассмотрения апелляции?

- Специалисты-медики из организации повышения качества обслуживания (эксперты) выясняют у вас (или у вашего представителя), почему вы считаете, что страховое покрытие нужно продлить. Вы не обязаны готовить свои доводы в письменном виде, но можете это сделать, если захотите.
- Независимая экспертная организация также изучает вашу медицинскую информацию, проводит беседу с вашим врачом и изучает информацию, предоставляемую нашим планом.
- К концу того дня, когда эксперты сообщат нам о вашей апелляции, вы получите от нас *подробное объяснение причин прекращения страхового покрытия* (*Detailed Explanation of Non-Coverage*). В нем вы найдете подробное изложение соображений, на основании которых мы собираемся прекратить страховое покрытие получаемой вами помощи.

### Шаг 3. В течение одного полного дня после получения экспертами всей необходимой информации они сообщат вам свое решение.

#### Что будет, если ответ экспертов положительный?

- Если эксперты принимают положительное решение по вашей апелляции, **мы должны и далее обеспечивать покрываемые услуги до тех пор, пока они необходимы по медицинским показаниям**.
- Вам нужно по-прежнему оплачивать свою долю расходов (например, не покрываемые страховкой минимумы или доплаты, если они применяются в вашем случае). Кроме того, на покрываемые услуги могут распространяться ограничения.

#### Что будет, если ответ экспертов отрицательный?

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

- Если эксперты принимают *отрицательное решение*, то **страховое покрытие прекращается в день, указанный в нашем решении.**
- Если вы решите по-прежнему получать медицинскую помощь на дому, обслуживание в центре квалифицированного сестринского ухода или обслуживание в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF) после даты прекращения страхового покрытия, **вы должны будете полностью оплачивать это обслуживание** самостоятельно.

### **Шаг 4. Если решение по вашей апелляции 1-го уровня отрицательное, вы решаете, хотите ли вы подать еще одну апелляцию.**

- Если по вашей апелляции 1-го уровня принято *отрицательное решение*, но вы продолжаете получать помощь после прекращения страхового покрытия, можете подать апелляцию 2-го уровня.

## **Раздел 9.3 Как подать апелляцию 2-го уровня о продлении срока покрытия получаемого обслуживания**

На 2-м уровне рассмотрения апелляции вы просите организацию повышения качества обслуживания пересмотреть решение, принятое по вашей первой апелляции. Если организация повышения качества обслуживания отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придется полностью оплатить медицинскую помощь на дому, обслуживание в центре квалифицированного сестринского ухода или обслуживание в центре комплексной амбулаторной реабилитации (CORF), полученное *после* указанной нами даты прекращения страхового покрытия.

### **Шаг 1. Вы снова обращаетесь в организацию повышения качества обслуживания с просьбой провести еще одно рассмотрение.**

- Попросить об этом нужно **не позднее чем через 60 календарных дней** с того дня, когда организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization) приняла *отрицательное* решение по апелляции 1-го уровня. Просить об этом рассмотрении можно, только если вы продолжаете получать обслуживание после того дня, когда закончилось его страховое покрытие.

### **Шаг 2. Организация повышения качества обслуживания изучает вашу ситуацию второй раз.**

- Эксперты из организации повышения качества обслуживания заново тщательно изучат всю информацию, имеющую отношение к вашей апелляции.

### **Шаг 3. Решение по вашей апелляции принимается экспертами и сообщается вам в течение 14 календарных дней после ее получения.**

#### **Что будет, если ответ независимой экспертной организации положительный?**

- **Мы должны возместить вам** нашу часть в оплате обслуживания, которое вы получили с того дня, с которого мы решили прекратить страховое покрытие. **Мы должны продолжить предоставлять страховое покрытие** вашего обслуживания до тех пор, пока для него имеются медицинские показания.
- Вы должны по-прежнему оплачивать свою долю стоимости лечения; могут действовать ограничения на страховое покрытие.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

### Что будет, если ответ независимой экспертной организации отрицательный?

- Это означает, что организация согласна с решением, принятым по вашей апелляции 1-го уровня.
- О решении вам сообщат письменным уведомлением. В нем также будет указано, что вы можете сделать, если захотите продолжить процедуру апелляции. Там же подробно объясняется, как перейти на следующий уровень рассмотрения апелляции, где ее рассматривает судья по административным делам или юридический судья.

### Шаг 4. Если ответ отрицательный, вам нужно решить, хотите ли вы продолжить процедуру апелляции.

- Помимо 2-го уровня, существуют еще 3 дополнительных уровня рассмотрения апелляции (всего 5 уровней). О том, как подать апелляцию 3-го уровня, говорится в письменном уведомлении о решении, принятом по апелляции 2-го уровня.
- Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья по административным делам или юридический судья. Подробнее об уровнях 3, 4 и 5 процедуры апелляции говорится в разделе 10 этой главы.

## РАЗДЕЛ 10 Как подать апелляции уровней 3, 4 и 5

### Раздел 10.1 Апелляции по поводу медицинских услуг: уровни 3-й, 4-й и 5-й

Этот раздел может быть вам полезен, если вы уже подавали апелляции 1-го и 2-го уровней, и обе ваши апелляции были отклонены.

Если стоимость в долларах медицинской услуги или приспособления, по поводу которых вы подавали апелляцию, достигает установленного минимума, вы можете подавать апелляции дальнейших уровней. Если эта стоимость ниже установленного минимума, вы не можете продолжать рассмотрение апелляции. В письменном ответе на вашу апелляцию 2-го уровня разъясняется, как подать апелляцию 3-го уровня.

Большинство апелляций на последних 3-х уровнях рассматриваются практически так же, как и на первых 2-х уровнях. Ниже объясняется, кто рассматривает вашу апелляцию на каждом из этих уровней.

**Апелляция 3-го уровня** Апелляцию рассматривает и выносит по ней решение **судья по административным делам (Administrative Law Judge) или юридический судья (Attorney Adjudicator)**, работающий на федеральное правительство.

- **Если судья по административным делам или юридический судья примет положительное решение по вашей апелляции, процедуру апелляции можно продолжить или завершить.** В отличие от положительного решения по апелляции 2-го уровня, положительное для вас решение по апелляции 3-го уровня может быть оспорено нами. Если мы решим подать апелляцию, она перейдет на 4-й уровень.
  - Если мы решим *не* подавать апелляцию по поводу решения, мы должны будем утвердить медицинскую помощь или предоставить ее вам в течение 60 календарных дней после получения решения судьи по административным делам или юридического судьи.
  - Если мы примем решение об обжаловании, мы направим вам копию запроса на апелляцию 4-го уровня вместе со всеми сопутствующими документами. Мы можем дожидаться решения по апелляции 4-го уровня, прежде чем утверждать или предоставлять медицинскую помощь, в отношении которой ведется спор.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

- **Если судья по административным делам или юридический судья примет отрицательное решение по вашей апелляции, процедуру апелляции можно продолжить или завершить.**
  - Если вы согласитесь с этим отрицательным решением, процедура апелляции будет завершена.
  - Если же вы не согласны с этим решением, можете продолжить рассмотрение на следующем уровне. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

**Апелляция 4-го уровня** Вашу апелляцию рассматривает и выносит по ней решение **Апелляционный совет (Appeals Council) программы Medicare** (Совет). Совет входит в состав федерального правительства.

- **Если Совет примет положительное решение по вашей апелляции или откажется рассматривать наше возражение против положительного решения, принятого на 3-м уровне, процедуру апелляции можно продолжить или завершить.** В отличие от положительного решения по апелляции 2-го уровня, мы можем оспорить положительное для вас решение по апелляции 4-го уровня. Мы решим, будем ли обжаловать это решение на уровне 5.
  - Если мы решим *не* подавать апелляцию по поводу решения, мы должны будем утвердить медицинскую помощь или предоставить ее вам в течение 60 календарных дней после получения решения Совета.
  - Если мы решим подавать апелляцию, мы сообщим вам об этом в письменной форме.
- **Если Совет примет отрицательное решение по вашей апелляции или отклонит наш запрос об обжаловании решения, процедуру апелляции можно продолжить или завершить.**
  - Если вы согласитесь с этим отрицательным решением, процедура апелляции закончится.
  - Если вы не согласны с решением, можете продолжить рассмотрение на следующем уровне. Если Совет принимает по вашей апелляции отрицательное решение, вы получаете уведомление, в котором объясняется, можете ли вы передать апелляцию на 5-й уровень рассмотрения и как это сделать.

**Апелляция 5-го уровня** Апелляцию рассматривает судья **федерального окружного суда (Federal District Court)**.

- Судья рассмотрит всю имеющуюся информацию и примет *положительное* или *отрицательное* решение по апелляции. Это окончательный ответ. Федеральный окружной суд — это последний уровень рассмотрения апелляции.

### Раздел 10.2 Апелляции по поводу лекарств, покрываемых программой Часть D: уровни 3-й, 4-й и 5-й

Этот раздел может быть вам полезен, если вы уже подавали апелляции 1-го и 2-го уровней, и обе ваши апелляции были отклонены.

Если стоимость лекарства, по поводу которого вы подавали апелляцию, превышает определенную сумму в долларах, вы можете подавать апелляции дальнейших уровней. Если его стоимость в долларах ниже установленного минимума, то продолжать рассмотрение апелляции вы не можете. В письменном ответе на вашу апелляцию 2-го уровня разъясняется, к кому следует обращаться и как подавать апелляцию 3-го уровня.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Большинство апелляций на последних 3-х уровнях рассматриваются практически так же, как и на первых 2-х уровнях. Ниже объясняется, кто рассматривает вашу апелляцию на каждом из этих уровней.

**Апелляция 3-го уровня** Апелляцию рассматривает и выносит по ней решение **судья по административным делам (Administrative Law Judge) или юридический судья (Attorney Adjudicator)**, работающий на федеральное правительство.

- **Если решение положительное, процедура апелляции завершается.** Мы должны **разрешить предоставление или предоставить покрытие лекарственных препаратов**, утвержденное судьей по административным делам или юридическим судьей, **в течение 72 часов (24 часов в случае ускоренного рассмотрения); произвести платеж мы должны не позднее чем на протяжении 30 календарных дней** после получения решения.
- **Если судья по административным делам или юридический судья примет отрицательное решение по вашей апелляции, процедуру апелляции можно продолжить или завершить.**
  - Если вы согласитесь с этим отрицательным решением, процедура апелляции закончится.
  - Если же вы не согласны с этим решением, можете продолжить рассмотрение на следующем уровне. В полученном вами уведомлении будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

**Апелляция 4-го уровня** Вашу апелляцию рассматривает и выносит по ней решение **Апелляционный совет (Appeals Council) программы Medicare (Совет)**. Совет входит в состав федерального правительства.

- **Если решение положительное, процедура апелляции завершается.** Мы должны **разрешить предоставление или предоставить покрытие лекарственных препаратов**, утвержденное Советом, **в течение 72 часов (24 часов в случае ускоренного рассмотрения) или произвести платеж не позднее чем через 30 календарных дней** после получения решения.
- **Если Совет примет отрицательное решение по вашей апелляции или отклонит наш запрос об обжаловании решения, процедуру апелляции можно продолжить или завершить.**
  - Если вы согласитесь с этим отрицательным решением, процедура апелляции закончится.
  - Если вы не согласны с решением, можете продолжить рассмотрение на следующем уровне. Если Совет принимает по вашей апелляции отрицательное решение, вы получаете уведомление, в котором объясняется, можете ли вы передать апелляцию на 5-й уровень рассмотрения и как это сделать.

**Апелляция 5-го уровня** Апелляцию рассматривает судья **федерального окружного суда (Federal District Court)**.

- Судья рассмотрит всю имеющуюся информацию и примет *положительное* или *отрицательное* решение по апелляции. Это окончательный ответ. Федеральный окружной суд — это последний уровень рассмотрения апелляции.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

### Как подавать жалобы

## РАЗДЕЛ 11 Как подавать жалобы на качество обслуживания, помощи, время ожидания и т. д.?

### Раздел 11.1 В каких случаях подавать жалобу?

Процедура обжалования используется для разрешения *только* определенных проблем. К их числу относятся претензии к качеству обслуживания, времени ожидания и работе с клиентами. Ниже приведены некоторые ситуации, в которых можно использовать процедуру подачи и рассмотрения жалоб.

Жалоба	Пример
<b>Качество медицинской помощи</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вам не нравится качество обслуживания, которое вы получили (например, в больнице).</li> </ul>
<b>Соблюдение вашей конфиденциальности</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вы считаете, что кто-то нарушил ваше право на неприкосновенность частной жизни или раскрыл вашу конфиденциальную информацию.</li> </ul>
<b>Неуважение, плохое обслуживание клиентов и другие виды нежелательного обращения</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Кто-то вел себя с вами грубо или неуважительно.</li> <li>Вы недовольны работой отдела обслуживания.</li> <li>Вам кажется, что вас подталкивают отказаться от нашего страхового плана.</li> </ul>
<b>Время ожидания</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вам трудно договориться о времени приема у врача или приходится слишком долго ждать, пока вам назначат время приема.</li> <li>Врачи, фармацевты или другие профессиональные медики заставили вас ждать слишком долго. Сотрудники отдела обслуживания или другие сотрудники плана заставили вас ждать слишком долго. <ul style="list-style-type: none"> <li>Примеры: долгое ожидание ответа на телефонный звонок, ожидание в приемной, в аптеке при получении лекарства, в смотровой комнате.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Чистота</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вам кажется, что в клинике, больнице или кабинете врача недостаточно чисто.</li> </ul>
<b>Сведения, которые план вам сообщает</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Мы не прислали вам положенное извещение.</li> <li>Сообщенные нами сведения трудно понять.</li> </ul>
<b>Сроки</b> (Эти типы жалоб относятся к <i>срокам</i> наших действий, связанных со страховыми решениями и апелляциями)	Если вы попросили нас принять страховое решение или подали апелляцию, но считаете, что мы действуем недостаточно быстро, вы можете пожаловаться на нашу медлительность. Вот некоторые примеры:

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

Жалоба	Пример
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вы попросили нас принять быстрое решение по покрытию или рассмотреть быструю апелляцию, но мы решили это сделать в стандартные сроки, — можете подать жалобу.</li> <li>• Вы считаете, что мы не укладываемся в сроки, установленные для принятия страхового решения или рассмотрения апелляции, — можете подать жалобу.</li> <li>• Вы считаете, что утвержденное планом страховое покрытие или возмещение ваших расходов на медицинские приспособления или услуги задерживается — вы можете подать жалобу.</li> <li>• Вы считаете, что мы не переслали вовремя ваше дело в независимую экспертную организацию, — можете подать жалобу.</li> </ul>

### Раздел 11.2 Как подать жалобу

#### Юридический термин:

- **Жалобу (complaint)** также называют **претензией (grievance)**.
- **Подача жалобы (making a complaint)** называется **обращением с претензией (filing a grievance)**.
- **Использование процедуры подачи жалобы (using the process for complaints)** называется **использованием процедуры обращения с претензией (using the process for filing a grievance)**.
- **Быстрая жалоба (fast complaint)** называется **претензией, рассматриваемой в ускоренном порядке (expedited grievance)**.

#### Шаг 1. Быстро свяжитесь с нами — по телефону или письменно.

- **Как правило, первым шагом является звонок в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании ТТУ звоните по номеру 711).** Если нужно сделать еще что-нибудь, в Отделе обслуживания вам об этом сообщат.
- **Если вы не хотите звонить (или позвонили, но остались недовольны беседой с нашим сотрудником), вы можете подать жалобу в письменном виде.** Если вы изложите свою жалобу в письменном виде, мы ответим на нее в письменном виде.

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

- Мы стараемся принимать решения по жалобам не откладывая, по телефону. Если мы не сможем решить ваш вопрос по телефону, мы используем процедуру официального рассмотрения жалобы. Она называется процедурой рассмотрения претензий участников (Member Grievance Process). Мы отвечаем на большинство жалоб в течение 30 календарных дней. Мы можем продлить период рассмотрения, если вы попросите нас об этом или нам понадобится дополнительная информация и задержка будет в ваших интересах. Если вы попросите письменный ответ, подадите письменную жалобу или жалобу на качество обслуживания, мы ответим вам в письменном виде. Мы проведем ускоренное рассмотрение жалобы, если мы отклонили вашу просьбу о быстром решении по покрытию или быстрой апелляции либо если нам потребовалось больше времени для принятия страхового решения или решения по апелляции, а вы не согласились предоставить нам такое дополнительное время. Мы отвечаем в рамках ускоренного рассмотрения жалобы в течение 24 часов.
- **Срок подачи жалобы** составляет 60 календарных дней с момента возникновения проблемы, на которую вы хотите пожаловаться.

### **Шаг 2. Мы рассматриваем вашу жалобу и даем вам ответ.**

- **Мы стараемся отвечать на жалобы незамедлительно.** Если вы жалуетесь по телефону, то иногда мы можем сразу, во время вашего звонка, дать вам ответ.
- **На большинство жалоб мы отвечаем не позже чем через 30 календарных дней.** Если нам требуется дополнительная информация и если задержка в ваших интересах или если о дополнительном времени просите вы сами, мы можем добавить к установленному сроку до 14 календарных дней (всего не более 44 календарных дней). Если мы решаем, что нам требуются дополнительные дни, мы сообщаем вам об этом в письменной форме.
- **Если вы подаете жалобу в связи с тем, что мы отклонили ваш запрос на быстрое решение по покрытию или быструю апелляцию, мы автоматически будем считать ее быстрой жалобой.** Если ваша жалоба имеет статус быстрой, это означает, что **мы должны дать ответ в течение 24 часов.**
- **Если мы не согласны** с вашей жалобой частично или полностью либо если мы не несем ответственности за событие, ставшее причиной жалобы, мы вам об этом сообщаем.

## Раздел 11.3 Шаг за шагом. Подача жалобы

### Раздел 11.4 Жалобу на качество обслуживания вы можете подать также в организацию повышения качества обслуживания

Если вы жалуетесь на *качество обслуживания*, у вас есть 2 дополнительные возможности.

- **Вы можете подать жалобу непосредственно в организацию повышения качества обслуживания.** Организация повышения качества обслуживания — это группа практикующих врачей и других экспертов сферы здравоохранения, которым федеральное правительство платит за контроль и улучшение качества обслуживания пациентов Medicare. Контактная информация приведена в главе 2.

Или

## Глава 9: Что делать при возникновении проблемы или жалобы (страховые решения, апелляции, жалобы)

---

- **Вы можете одновременно подать жалобу в организацию повышения качества обслуживания и в наш план.**

### Раздел 11.5 Вы также можете сообщить о своей жалобе в Medicare

Вы можете подать жалобу на план (HMO D-SNP)(HMO D-SNP) непосредственно в Medicare. Для того чтобы подать жалобу в Medicare онлайн, воспользуйтесь страницей [www.Medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). Кроме того, можно позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY/TDD набирайте номер 1-877-486-2048.

---

## Проблемы с покрываемыми услугами по программе Medicaid

---

### РАЗДЕЛ 12 Решение проблем с покрываемыми услугами по программе Medicaid

---

За дополнительной информацией об услугах, покрываемых программой Medicaid, и/или соответствующих процессах обращайтесь в Отдел обслуживания (номера телефонов напечатаны на задней обложке этого справочника) или в отделение программы Medicaid вашего штата (контактная информация приведена в разделе 6 главы 2).

#### **Ваша проблема или вопрос связаны с покрываемым обслуживанием или страховым покрытием?**

Это включает разногласия относительно того, покрывает ли вам план конкретную медицинскую помощь (медицинские приспособления, медицинские услуги и/или лекарственные препараты, покрываемые по программе Часть В); того, как именно план их вам покрывает; сложностей с оплатой медицинского обслуживания.

#### **Да.**

Перейдите к **разделу 5 «Сведения о страховых решениях и апелляциях».**

#### **Нет.**

Перейдите к **разделу 11 «Как подавать жалобы на качество обслуживания, время ожидания, службу поддержки и т. д.».**

**Глава 10: Прекращение участия в нашем страховом плане**

---

**ГЛАВА 10:****Прекращение участия в нашем страховом плане****РАЗДЕЛ 1 Прекращение вашего участия в нашем страховом плане**

---

Исключение участника из плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) может быть **добровольным** (по вашей собственной инициативе) или **принудительным** (не по вашей инициативе):

- Вы можете выйти из нашего плана, если *захотите*. О том как добровольно выйти из числа участников нашего плана, см. в разделах 2 и 3.
- Также есть некоторые ситуации, когда мы обязаны прекратить ваше участие. О таких ситуациях принудительного исключения см. в разделе 5.

Даже если вы решили прекратить участие в нашем плане, он должен продолжать покрывать вам медицинскую помощь и рецептурные лекарственные препараты, а вы должны оплачивать свою долю их стоимости, пока вы не перестанете быть участником плана.

**РАЗДЕЛ 2 Когда вы можете выйти из нашего страхового плана**

---

**Раздел 2.1 Вы можете выйти из нашего плана, поскольку включены в программы Medicare и Medicaid**

Большинство людей, включенных в программу Medicare, могут выйти из своего страхового плана только в определенные периоды. Поскольку вы получаете покрытие по программе Medicaid, то можете прекратить участие в плане в любой месяц года, выбрав один из перечисленных ниже вариантов покрытия Medicare.

- Программа Original Medicare с отдельным планом, покрывающим лекарства по рецепту по программе Medicare.
- Программа Original Medicare без отдельного плана, покрывающего лекарства по рецепту по программе Medicare (если выбрать этот вариант, когда вы получаете «Дополнительную помощь» [Extra Help], то Medicare может включить вас в такой план самостоятельно, если только вы не откажетесь от автоматической регистрации).
- Интегрированный план D-SNP, если вы имеете право на участие в нем. Этот план включает покрываемые услуги и виды обслуживания Medicare и большинство или все покрываемые услуги и виды обслуживания Medicaid.

**Примечание.** Если вы выйдете из программы покрытия лекарственных препаратов Medicare и останетесь без «Дополнительной помощи» (Extra Help) и «учитываемого» (creditable) покрытия лекарственных препаратов, то вам, возможно, придется платить штраф за несвоевременное включение в программу Часть D (если вы оставались без покрытия более 63 дней подряд), когда вы впоследствии станете участником плана, покрывающего лекарства по программе Medicare.

## Глава 10: Прекращение участия в нашем страховом плане

---

- Чтобы узнать о вариантах плана Medicaid, позвоните в отделение программы Medicaid своего штата.
- Другие варианты планов медицинского страхования Medicare доступны в течение **периода открытой регистрации**. Подробнее о периоде открытой регистрации см. в разделе 2.2.
- Обычно вы перестаете быть участником нашего плана в первый день месяца, следующего за тем, в который мы получили вашу просьбу о переходе в другой план. В тот же день вы становитесь участником вашего нового плана.

### Раздел 2.2 Вы можете выйти из нашего плана во время периода открытой регистрации

Вы можете выйти из нашего плана ежегодно во время периода открытой регистрации. В этот период изучите свое страховое покрытие услуг и лекарственных препаратов и решите, какая страховка вам подходит на будущий год.

- **Период открытой регистрации** продолжается с **15 октября по 7 декабря**.
- **Вам нужно решить, сохранить ли нынешнюю страховку на будущий год или поменять ее.** Если вы решите перейти в другой план, вам нужно выбрать один из следующих типов планов:
  - Другой план медицинского страхования Medicare с покрытием лекарственных препаратов или без такого покрытия.
  - Original Medicare с отдельным планом, покрывающим лекарства по программе Medicare
  - Original Medicare без отдельного плана, покрывающего лекарства по программе Medicare
  - Интегрированный план D-SNP, если вы имеете право на участие в нем. Этот план включает покрываемые услуги и виды обслуживания Medicare и большинство или все покрываемые услуги и виды обслуживания Medicaid.

**Вы получаете «Дополнительную помощь» (Extra Help) от Medicare для оплаты рецептурных лекарственных препаратов.** Если вы переходите в программу Original Medicare и не регистрируетесь в отдельном плане, покрывающем лекарства по рецепту по программе Medicare, то Medicare может зарегистрировать вас в плане, покрывающем лекарства, если вы не отказались от автоматической регистрации.

**Примечание.** Если вы выйдете из плана Medicare с покрытием лекарственных препаратов и останетесь без «Дополнительной помощи» (Extra Help) и «учитываемого» (creditable) покрытия лекарственных препаратов на период более 63 дней подряд, то впоследствии вам, возможно, придется заплатить штраф за несвоевременное включение в программу Часть D, если позднее вы регистрируетесь в плане, покрывающем лекарства по программе Medicare.

- **Вы перестанете быть участником нашего плана**, когда начнете получать страховое покрытие по своему новому плану, т. е. 1 января.

### Раздел 2.3 Вы можете выйти из нашего плана во время открытого периода регистрации в программе Medicare Advantage

Вы можете *один раз* изменить свою медицинскую страховку во время **периода открытой регистрации в планах, действующих по программе Medicare Advantage**, каждый год.

## Глава 10: Прекращение участия в нашем страховом плане

---

- **Ежегодный период открытой регистрации в планах, действующих по программе Medicare Advantage**, длится с 1 января по 31 марта, а для новых участников Medicare, включенных в план Medicare Advantage (MA), — с месяца получения права на участие в планах Часть А и Часть В до последнего дня 3-го месяца получения права на участие.
- **Во время периода открытой регистрации в планах, действующих по программе Medicare Advantage**, вы можете:
  - Перейти в другой план Medicare Advantage с покрытием лекарственных препаратов или без такого покрытия.
  - Выйти из нашего плана и стать участником программы Original Medicare. Если в этот период вы перейдете в программу Original Medicare, вы также можете одновременно стать участником отдельного плана, покрывающего лекарства по программе Medicare.
- **Вы перестанете быть участником нашего плана** в первый день месяца, следующего за тем, в который мы получили ваш запрос на переход в другой план, действующий по программе Medicare Advantage, или программу Original Medicare. Если вы также решите стать участником плана, покрывающего лекарства по программе Medicare, вы начнете получать страховое покрытие по данному плану с первого дня месяца, следующего за тем, в который план получит ваш запрос на регистрацию.

### Раздел 2.4 В определенных случаях вы можете выйти из нашего плана во время специального периода регистрации

В определенных случаях вы можете выйти из нашего плана в другое время года. Это время называется **специальный период регистрации**.

**Вы можете выйти из нашего плана во время специального периода регистрации**, если вы оказались в одной из приведенных ниже ситуаций. Это всего лишь несколько примеров. Полный список вы можете получить, связавшись с нашим планом, позвонив в Medicare или посетив веб-сайт Medicare по адресу [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

- Как правило, когда вы переезжаете.
- Если вы пользуетесь программой Medicaid штата California .
- Если вы имеете право на дополнительную помощь Extra Help для оплаты покрытия лекарственных препаратов по программе Medicare.
- Если мы нарушили заключенный с вами договор.
- Если вы госпитализированы в такое учреждение, как, например, центр сестринского ухода или больницу длительного обслуживания (long-term care, LTC).
- Если вас включили в комплексную программу медицинского обслуживания престарелых Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).
- **Примечание:** Если вы включены в программу регулирования лечения наркотическими препаратами Drug Management Program, вы, вероятно, имеете право только на определенные специальные периоды регистрации. О программе регулирования лечения наркотическими препаратами см. в главе 5, раздел 10.
- **Примечание:** В разделе 2.1 подробно говорится о специальном периоде регистрации для участников Medicaid.

**Периоды регистрации** зависят от вашей ситуации.

## Глава 10: Прекращение участия в нашем страховом плане

**Для того чтобы узнать, имеете ли вы право воспользоваться специальным периодом регистрации,** позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048. Если вы имеете право выйти из плана в связи с особой ситуацией, вы можете поменять как медицинскую страховку по программе Medicare, так и покрытие лекарственных препаратов. Вам доступны на выбор:

- Другой план медицинского страхования, действующий по программе Medicare, с покрытием лекарственных препаратов или без него.
- Original Medicare с отдельным планом, покрывающим лекарства по программе Medicare.
- Original Medicare без отдельного плана, покрывающего лекарства по программе Medicare.

**Примечание:** Если вы выйдете из плана Medicare с покрытием лекарственных препаратов и останетесь без «Дополнительной помощи» (Extra Help) и «учитываемого» (creditable) покрытия лекарственных препаратов на период более 63 дней подряд, то впоследствии вам, возможно, придется заплатить штраф за несвоевременное включение в программу Часть D, если позднее вы зарегистрируетесь в плане, покрывающем лекарства по программе Medicare.

**Если вы получаете Extra Help от Medicare для оплаты покрытия лекарственных препаратов.** Если вы переходите в программу Original Medicare и не регистрируетесь в отдельном плане, покрывающем рецептурные лекарства по программе Medicare, то Medicare может зарегистрировать вас в плане, покрывающем лекарства, если вы не отказались от автоматической регистрации.

**Обычно вы перестаете быть участником плана** в первый день месяца, следующего за тем, в который мы получили вашу просьбу о переходе в другой план.

**Примечание:** В разделах 2.1 и 2.2 подробнее говорится о специальном периоде регистрации для людей, включенных в программы Medicaid и Extra Help.

### Раздел 2.5 Получение дополнительной информации о том, когда вы можете выйти из нашего плана

Если у вас возникли вопросы о выходе из плана, выполните указанные ниже действия.

- **Позвоните в отдел обслуживания.**
- См. информацию в справочнике «**Medicare и вы**» (**Medicare & You**) за 2026 г.
- Позвоните в **Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); линия работает круглосуточно и без выходных. (ТТУ 1-877-486-2048)

## РАЗДЕЛ 3 Как прекратить участие в нашем страховом плане

В приведенной ниже таблице объясняется, как выйти из нашего плана.

Вы хотите перейти из нашего плана в:	Что нужно делать:
Другой план медицинского страхования, действующего по программе Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зарегистрируйтесь в новом плане, действующем по программе Medicare.</li> </ul>

**Глава 10: Прекращение участия в нашем страховом плане**

<b>Вы хотите перейти из нашего плана в:</b>	<b>Что нужно делать:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вы будете автоматически исключены из плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), когда вступит в силу страховое покрытие по вашему новому плану.</li> </ul>
Программу Original Medicare с отдельным планом, покрывающим лекарства по рецепту по программе Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зарегистрируйтесь в новом плане, покрывающем лекарства по программе Medicare.</li> <li>• Вы будете автоматически исключены из плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), когда вступит в силу страховое покрытие по вашему новому плану, покрывающему лекарства.</li> </ul>
Программу Original Medicare без отдельного плана, покрывающего лекарства по рецепту по программе Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Отправьте нам письменный запрос на исключение из плана.</b> Если вы не знаете, как это сделать, обратитесь в отдел обслуживания.</li> <li>• Вы также можете позвонить в <b>Medicare</b> по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и попросить исключить вас из плана. При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048.</li> <li>• Вы будете исключены из плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) с того момента, когда вступит в силу ваше страховое покрытие по программе Original Medicare.</li> </ul>

**Примечание.** Если вы выйдете из плана Medicare с покрытием лекарственных препаратов и останетесь без «Дополнительной помощи» (Extra Help) и «учитываемого» (creditable) покрытия лекарственных препаратов на период более 63 дней подряд, то впоследствии вам, возможно, придется заплатить штраф за несвоевременное включение в программу Часть D, если позднее вы зарегистрируетесь в плане, покрывающем лекарства по программе Medicare.

По вопросам, касающимся ваших покрываемых услуг по программе Medicaid, звоните в California Department of Health Care Services по номеру (916) 449-5000, ТТУ: 711, N/A. Узнайте, как вступление в другой план страхования или возвращение в программу Original Medicare влияет на получение вами страхового покрытия в рамках Medicaid.

#### **РАЗДЕЛ 4 Обязательство пользоваться страховым покрытием медицинских услуг и лекарств по нашему плану, пока вы остаетесь его участником**

Пока не закончится ваше участие в плане Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) и не вступит в силу ваше новое покрытие Medicare и Medicaid, вы должны продолжать получать медицинскую помощь и рецептурные лекарственные препараты через наш план.

- **Вы должны по-прежнему обращаться к сетевым поставщикам для получения медицинской помощи.**
- **До выхода из нашего плана вы должны по-прежнему получать рецептурные лекарства в сетевых аптеках или путем заказа с доставкой по почте.**

**Глава 10: Прекращение участия в нашем страховом плане**

---

- Если вас госпитализировали в день выхода из плана, мы покроем ваше пребывание в больнице до выписки (даже если вас выпишут после того, как начнет действовать новое покрытие).

---

**РАЗДЕЛ 5 В определенных ситуациях ваше участие в плане страхования Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) будет прекращено**

---

**Вы будете исключены из нашего плана Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), если произойдет любое из следующих событий:**

- Если вы больше не включены в программы Medicare Part A и Medicare Part B.
- Если вы переехали за пределы нашей зоны обслуживания.
- Если вы находитесь за пределами нашей зоны обслуживания более 6 месяцев.
  - Если вы переезжаете или надолго уезжаете, вам нужно позвонить в наш Отдел обслуживания и выяснить, находится ли то место, куда вы едете, в нашей зоне обслуживания.
- Если вы стали заключенными (попали в тюрьму)
- Если вы лишились гражданства США или права на законное проживание в США.
- Если вы скрыли или предоставили недостоверную информацию о другом имеющемся у вас покрытии лекарственных препаратов по рецепту
- Если вы намеренно предоставили нам неверную информацию во время регистрации в нашем плане, а от этой информации зависит, имеете ли вы право на участие. (Мы не можем исключить вас из нашего плана по этой причине, не получив вначале разрешения у Medicare.)
- Если вы постоянно ведете себя так, что это мешает нам оказывать медицинскую помощь вам и другим участникам нашего плана. (Мы не можем исключить вас из нашего плана по этой причине, не получив вначале разрешения у Medicare.)
- Если вы позволяете другому человеку использовать вашу карточку участника плана для получения медицинской помощи. (Мы не можем исключить вас из нашего плана по этой причине, не получив вначале разрешения у Medicare.)
  - Если мы исключим вас из плана по этой причине, Medicare может поручить расследование вашего случая .

Если у вас есть вопросы или вы хотите узнать, в каких случаях мы можем прекратить ваше участие в плане, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427, ТТУ: 711.

**Раздел 5.1 Мы не можем просить вас выйти из плана по причинам, связанным с вашим состоянием здоровья**

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) не может требовать, чтобы вы вышли из плана по причинам, связанным с вашим состоянием здоровья.

**Что делать, если это произойдет**

Если вы считаете, что вас попросили выйти из нашего плана по причине, связанной с состоянием вашего здоровья, позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании ТТУ набирайте номер 1-877-486-2048.

**Глава 10: Прекращение участия в нашем страховом плане**

---

**Раздел 5.2 Если мы исключим вас из плана, вы имеете право подать жалобу**

Если мы исключаем вас из нашего плана, мы должны в письменном виде сообщить вам причины этого решения. Кроме того, мы должны объяснить, как вы можете подать жалобу на это наше решение.

# ГЛАВА 11:

## Юридические уведомления

### **РАЗДЕЛ 1      Уведомление о применимом законодательстве**

---

Основной закон, регулирующий действие данного *Справочника участника плана*, — это раздел XVIII Закона о социальном обеспечении (Social Security Act) и нормативные акты, подготовленные на его основе Центрами обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS). Кроме того, могут применяться другие федеральные законы и, в некоторых обстоятельствах, законы штата, в котором вы живете. Это может повлиять на ваши права и обязанности, даже если эти законы не упоминаются и не объясняются в настоящем документе.

### **РАЗДЕЛ 2      Уведомление о недопустимости дискриминации**

---

**Мы не дискриминируем** участников плана по признакам расы, национальности, страны происхождения, цвета кожи, религии, пола, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, поданных ими исков и страховых требований, истории их заболеваний, генетической информации, требований к здоровью страхователя и географического положения в пределах нашей зоны обслуживания. Все организации, которые предлагают планы, действующие по программе Medicare Advantage, в том числе наш план, должны соблюдать федеральные законы, запрещающие дискриминацию, в том числе раздел VI Закона о гражданских правах (Civil Rights Act) 1964 г., Закон о защите прав людей с инвалидностью (Rehabilitation Act) 1973 г., Закон о защите прав пожилых людей (Age Discrimination Act) 1975 г., Закон о защите прав американских граждан с инвалидностью (Americans with Disabilities Act), раздел 1557 Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act), все остальные законы, применимые к организациям, получающим федеральное финансирование, и все остальные законы и правила, применимые по любой другой причине.

Если вы хотите получить дополнительную информацию либо пожаловаться на дискриминацию или несправедливое отношение, позвоните в Управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) при Департаменте здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) или в местное управление по вопросам гражданских прав. Кроме того, вы можете изучить сведения на сайте Управления по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) при Департаменте здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services): [www.HHS.gov/ocr/index.html](http://www.HHS.gov/ocr/index.html).

Если у вас есть инвалидность и вам нужна помощь с доступом к медицинскому обслуживанию, позвоните в Отдел обслуживания по номеру (866) 314-2427 (при использовании TTY набирайте номер (866) 314-2427). С жалобами по поводу доступности обслуживания, например для людей на инвалидных колясках, обращайтесь в наш Отдел обслуживания.

**Глава 11: Юридические уведомления**

---

**РАЗДЕЛ 3 Уведомление о праве программы Medicare на суброгацию**

---

Наши права и обязанности включают взыскание с основного плательщика средств на оплату медицинских услуг, покрываемых по программе Medicare, если основным плательщиком не является программа Medicare. В соответствии с нормами, регулирующими работу CMS (см. Раздел 42 Свода федеральных нормативных актов [CFR], подразделы 422.108 и 423.462), Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), будучи организацией, предоставляющей страховку по программе Medicare Advantage, имеет те же права на возмещение, которые в соответствии с нормами касательно CMS, приведенными в подразделах B–D части 411 Раздела 42 CFR, есть у секретаря Департамента здравоохранения и социального обеспечения. Правила, приведенные в этом разделе, имеют приоритет над любыми законами любого штата.

## ГЛАВА 12:

# Определения

**Амбулаторный хирургический центр** — медицинское учреждение, где проводится только амбулаторное хирургическое лечение пациентов, которым не требуется госпитализация и для которых ожидаемое пребывание в таком центре не превышает 24 часов.

**Апелляция** — вы подаете апелляцию, если не согласны с нашим страховым решением об отказе в покрытии медицинских услуг или рецептурных лекарственных препаратов либо о возмещении расходов на уже полученные и оплаченные вами услуги или лекарства. Подать апелляцию можно также в том случае, когда вы не согласны с нашим решением о прекращении страхового покрытия услуг, которые вы уже получаете.

**Балансовые счета** — ситуация, когда поставщик услуг (например, врач или больница) выставляет пациенту счет на сумму, превышающую разрешенную планом долю стоимости. При получении страхового покрытия от нашего плана вы как участник Central Health Dual Access Plan вносите только предусмотренные планом суммы софинансирования расходов. Мы не разрешаем поставщикам выставлять **балансовые счета** или иным образом взимать с вас плату, превышающую софинансирование расходов согласно вашему плану.

**Госпитализационный период** — Это способ измерения длительности пребывания в больнице или центре квалифицированного сестринского ухода (SNF). Этот способ используется как программой Original Medicare, так и нашим планом. Госпитализационный период начинается в день вашего поступления в больницу или в центр квалифицированного сестринского ухода в качестве стационарного пациента. Госпитализационный период заканчивается после того, как вы 60 дней подряд не получаете какое-либо стационарное лечение в больнице (или квалифицированное обслуживание в SNF). Если вы поступаете в больницу или SNF после окончания одного госпитализационного периода, начинается новый период. Число покрываемых госпитализационных периодов не ограничено.

**Биологический препарат, или биопрепарат** — рецептурный лекарственный препарат, приготовленный из клеток животных или растений, бактерий, дрожжей и других живых организмов. Биопрепараты устроены сложнее, чем другие лекарства, их невозможно скопировать в точности, поэтому альтернативные формы биопрепаратов называются биоаналоги. Биоаналоги обычно работают так же хорошо и так же безопасны, как исходный биопрепарат. (См. также термины «**Оригинальный биологический препарат**» и «**Биоаналог**».)

**Биоаналог** — биопрепарат, который очень похож на оригинальный биологический препарат, но не идентичен ему. Биоаналоги являются такими же безопасными и эффективными, как и оригинальный биологический препарат. Некоторые биоаналоги могут быть предложены на замену оригинальным биологическим препаратам в аптеке по тому же рецепту (см. **Взаимозаменяемый биоаналог**).

**Фирменный препарат** — рецептурный лекарственный препарат, который производится и продается фармацевтической компанией, проводившей его разработку и исследования. Фирменные препараты (патентованные) содержат те же активные компоненты, что и их аналоги-дженерики (непатентованные). Однако лекарства-дженерики производятся и продаются другими производителями; такие лекарства обычно становятся доступны после истечения срока действия патента на фирменный препарат.

## Глава 12: Определения

---

**Стадия страхового покрытия по достижении предела самостоятельных расходов** — период в страховом покрытии лекарств по условиям Части D. Он наступает после того, как вы сами (или кто-нибудь от вашего имени) выплатите с начала страхового года \$2,100 за покрываемые лекарственные препараты Части D. В это время наш план полностью покрывает ваши лекарства по условиям Части D. Вы не платите ничего.

**Центры обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS)** — федеральное агентство, управляющее программой Medicare.

**Chronic-Care Special Needs Plan (C-SNP)** — это SNP, в котором могут участвовать только лица с одним или несколькими тяжелыми хроническими заболеваниями, имеющие право на участие в планах MA.

**Доля стоимости** – Сумма, которая представляет собой ваше участие в оплате покрываемого обслуживания или покрываемых рецептурных лекарственных препаратов после выплаты вами франшизы. Выражается в процентах от общей стоимости (например, 20%).

**Жалоба.**— Официальный термин для «подать жалобу» (make a complaint) — это «обратиться с претензией» (fill a grievance). Процедура обжалования используется для разрешения *только* определенных проблем. К их числу относятся претензии к качеству обслуживания, времени ожидания и работе службы поддержки. Кроме того, жалобы можно подавать, если наш план не соблюдает сроки в рамках процедуры апелляции.

**Центр комплексной амбулаторной реабилитации (CORF)** – Учреждение, которое главным образом предоставляет услуги по реабилитации после болезни или травмы, включая физиотерапию, социальную и психологическую реабилитацию, дыхательную терапию, трудотерапию, лечение речевых нарушений и оценку соответствия жилья особенностям пациента.

**Доплата** – Сумма, которую вы платите за медицинские услуги или принадлежности, например за прием у врача, посещение амбулаторного отделения больницы или рецептурные лекарственные препараты. Доплата, в отличие от доли стоимости, — это фиксированная сумма (например, \$10), а не процент от стоимости.

**Софинансирование расходов** — суммы, которые участнику плана нужно платить при получении услуг или лекарств. (Эта дополнительная сумма помимо ежемесячного страхового взноса нашего плана.) Сумма софинансирования расходов складывается из 3-х видов платежей в любой комбинации: (1) безусловная франшиза, которую участник плана должен выплатить, прежде чем план начнет покрывать услуги или лекарства; (2) фиксированная сумма доплаты, которую план требует платить при получении определенной услуги или лекарства; (3) доля стоимости, то есть процент от общей стоимости услуги или лекарства, который план требует от своего участника оплачивать при получении определенной услуги или лекарства.

**Уровень софинансирования расходов.** Каждый препарат из перечня покрываемых лекарств относится к одному из 6 (шести) уровней софинансирования расходов. Как правило, чем выше уровень софинансирования расходов, тем выше стоимость лекарства.

**Заключение о страховом покрытии** — решение о том, будет ли наш план покрывать выписанное вам лекарство, и если будет, то сколько должны будете платить вы. Как правило, если вы приносите рецепт в аптеку, а аптекарь говорит вам, что наш план не покрывает выписанное вам лекарство, это заявление аптекаря не будет являться заключением о страховом покрытии. Вам нужно позвонить или написать в наш план и попросить об официальном заключении относительно страхового покрытия. В этом документе заключения о страховом покрытии называются **решениями о страховом покрытии**.

## Глава 12: Определения

---

**Покрываемые лекарственные препараты** — термин, который мы используем для обозначения всех рецептурных лекарственных препаратов, покрываемых нашим планом.

**Покрываемые услуги** — общий термин, который мы используем для обозначения всех видов медицинских услуг и принадлежностей, которые наш план покрывает.

**Учитываемое покрытие лекарств по рецепту** — покрытие лекарственных препаратов по рецепту (например, от работодателя или профсоюза), которое в среднем платит за лекарства не меньше, чем стандартное покрытие лекарств по рецепту по программе Medicare. Люди, имеющие такую страховку, обычно могут ее сохранить, когда получают право на участие в программе Medicare, и не должны платить штраф за позднее включение в план Medicare с покрытием лекарственных препаратов по рецепту, если они в будущем решат перейти в страховой план, действующий по этой программе.

**Помощь немедицинского характера при совершении повседневных действий** — личный уход, который вы получаете в центре сестринского ухода, хосписе или в другом учреждении, если вам не требуется квалифицированная медицинская помощь или квалифицированный сестринский уход. Для оказания этого вида помощи не требуются профессиональные навыки или обучение. Сюда входят, например, помощь с принятием ванны, одеванием, принятием пищи, укладыванием в постель/усаживанием на кресло и вставанием с постели/кресла, передвижением, походами в туалет и другими ежедневными действиями. Этот уход может включать также связанные с медицинской помощью действия, которые большинство людей выполняет самостоятельно, например закапывание капель в глаза. Программа Medicare за этот уход не платит.

**Суточная ставка софинансирования расходов** — может применяться, если врач назначает вам лекарство на срок меньше месяца, и вам необходимо вносить доплату за это лекарство. Ваше суточное участие в оплате лекарства рассчитывается как доплата за лекарство, выписанное на месяц, разделенная на число дней в месяце. Пример. Предположим, ваша доплата за количество лекарства, необходимое для приема в течение месяца (30 дней), составляет \$30. Тогда ваша «суточная ставка софинансирования расходов» составляет \$1 в день.

**Не покрываемый страховкой минимум, или франшиза, или безусловная франшиза** – Это сумма, которую вы должны заплатить за медицинское обслуживание или рецептурные лекарственные препараты, прежде чем наш план начнет платить за них.

**Исключение (выход) из плана** – Это прекращение вашего участия в нашем плане страхования.

**Плата за выдачу** – Это плата, взимаемая каждый раз при выдаче покрываемого лекарственного препарата для оплаты расходов по исполнению рецепта (например, времени фармацевта на подготовку и упаковку препарата).

**Планы, действующие по программам Medicare и Medicaid одновременно и предназначенные для людей с особыми медицинскими потребностями (D-SNP).** Планы D-SNP принимают людей, которые имеют право на участие и в программе Medicare (раздел XVIII Закона о социальном обеспечении [Social Security Act]), и в плане штата по программе Medicaid (раздел XIX). Штат покрывает некоторые расходы, связанные с участием в программе Medicare. Это покрытие зависит от штата и от прав конкретного человека.

**Человек, имеющий право на участие в программах Medicare и Medicaid одновременно** — человек, имеющий право на страховое покрытие по программам Medicare и Medicaid одновременно.

**Медицинское оборудование длительного пользования (DME)** — медицинское оборудование, которое врач выписывает по медицинским показаниям. Примеры: ходунки, инвалидные коляски, костыли,

## Глава 12: Определения

---

матрасы с электроприводом, расходные материалы для людей с диабетом, инфузионные насосы для внутривенных инъекций, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование и расходные материалы, ингаляторы, больничные койки, назначенные поставщиком услуг для использования на дому.

**Экстренное состояние** — это медицинское состояние, при котором вы или любой другой среднестатистический человек без медицинского образования имеете основания считать, что ваши симптомы требуют немедленной медицинской помощи и что в противном случае возможны смерть (если вы беременная женщина — потеря вынашиваемого ребенка), потеря конечности или функции конечности, потеря или серьезное нарушение работы других органов. Такими симптомами могут быть заболевание, травма, сильная боль, быстро ухудшающееся состояние здоровья.

**Экстренная помощь** – Это покрываемые услуги, которые: 1) предоставлены поставщиком, имеющим право оказывать экстренную помощь, 2) необходимы для оценки, лечения или стабилизации экстренного состояния.

**Справочник участника плана (ЕОС) и условия предоставления страхового покрытия** – Настоящий документ вместе с вашей регистрационной формой и любыми приложениями и дополнительными условиями. Могут включать материалы о выбранном вами необязательном страховом покрытии, в которых разъясняется ваше страховое покрытие, что должны делать мы и каковы ваши права и обязанности как участника плана.

**Исключение из правил** — тип страхового решения, которое, в случае его утверждения, позволяет вам получать лекарство, не внесенное в фармакологический справочник (исключение из справочника), или позволяет вам доплачивать меньшую сумму софинансирования расходов за непредпочтительное лекарство (исключение из уровня). Кроме того, вы можете попросить, чтобы план сделал исключение из правил, по которым вы должны сначала использовать другое лекарство, а уже потом план начнет покрывать лекарство, которым вы хотите лечиться. Просить об исключении из правил вы также можете, если хотите отменить требование плана об обязательном предварительном подтверждении для использования определенного препарата либо снять ограничение на количество или дозу вашего лекарства (в качестве исключения из фармакологического справочника).

**Extra Help.** Программа Medicare или штата, которая помогает людям с ограниченными средствами и доходами оплачивать стоимость покрытия рецептурных лекарственных препаратов по программе Medicare, т. е. страховые взносы, безусловную франшизу, долю стоимости и т. п.

**Непатентованный лекарственный препарат, или дженерик** — рецептурный лекарственный препарат, разрешенный Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) и содержащий те же активные компоненты, что и фирменный препарат. Дженериком (непатентованным лекарством) называется препарат, который действует так же, как фирменный препарат (патентованный), но обычно стоит меньше.

**Претензия** – То же, что и жалоба (complaint). Жалобу можно подать на план, поставщика услуг или аптеку. Можно, например, пожаловаться на качество обслуживания. Не имеет отношения к страховому покрытию и к разногласиям по поводу оплаты.

**Сотрудник по оказанию медицинской помощи на дому** — работник, предоставляющий услуги, для которых не требуются навыки лицензированной медицинской сестры или терапевта. Это может быть, например, личный уход (помощь с купанием, походами в туалет, одеванием, выполнением назначенных упражнений).

## Глава 12: Определения

---

**Хоспис** – Покрываемое обслуживание для участника плана, который признан неизлечимо больным и остаток его жизни составляет не более 6 месяцев. Наш план должен предоставить такому участнику список хосписов, расположенных недалеко от места его проживания. Если пациент выберет хоспис и продолжит платить ежемесячные страховые взносы, он будет оставаться участником нашего плана. Он по-прежнему может получать все обслуживание, необходимое по медицинским показаниям, и выбранное им дополнительное страховое покрытие по нашему плану.

**Госпитализация в стационарной больнице** – Пребывание в больнице, в которую вы были официально госпитализированы для получения квалифицированных медицинских услуг. Даже если вы остаетесь в больнице на ночь, вы все равно можете считаться амбулаторным пациентом.

**Коррекция ежемесячных страховых взносов на основании уровня дохода (IRMAA)** – Если ваш скорректированный общий доход (modified adjusted gross income), указанный в декларации, которую вы 2 года назад подали в Налоговую службу (IRS), превышает определенный предел, то помимо обычного страхового взноса, вы ежемесячно платите сумму корректировки ежемесячных взносов на основании уровня дохода. Корректировка IRMAA — это дополнительная сумма, добавляемая к страховому взносу. Эти дополнительные суммы платят менее 5% людей, включенных в программу Medicare.

**Предельная сумма расходов на стадии первоначального страхового покрытия.** Предельная сумма расходов, по достижении которой заканчивается стадия первоначального страхового покрытия.

**Период первичной регистрации** — период, наступающий после того, как вы впервые получаете право на участие в программе Medicare. В течение этого периода вы можете зарегистрироваться в программах Medicare Part A и Medicare Part B. Если вы получили право на участие в программе Medicare по достижении 65 лет, ваш период первичной регистрации в плане составляет 7 месяцев. Он начинается за 3 месяца до того месяца, в котором вам исполняется 65 лет, включает тот месяц, когда вам исполняется 65 лет, и заканчивается через 3 месяца после того месяца, когда вам исполняется 65 лет.

**Интегрированный план D-SNP** — план D-SNP, который покрывает услуги Medicare и большинство или все услуги Medicaid в рамках одного плана медицинского страхования для определенных групп лиц, имеющих право на участие и в программе Medicare, и в программе Medicaid. Эти лица относятся к категории лиц, имеющих право на полный набор покрываемых услуг (full-benefit dually eligible).

**План для людей, нуждающихся в особом обслуживании в учреждении долгосрочного ухода (I-SNP).** В планы I-SNP включаются только лица, имеющие право на участие в планах MA, которые живут в сообществе, но нуждаются в уровне обслуживания, обеспечиваемом в учреждениях долгосрочного ухода, либо которые живут (или, как ожидается, будут жить) не менее 90 дней подряд в определенных учреждениях длительного обслуживания. Планы I-SNP включают в себя следующие типы планов: планы для лиц, нуждающихся в особом обслуживании в условиях, эквивалентных учреждению долгосрочного ухода (IE-SNP), гибридные планы для лиц, нуждающихся в особом обслуживании в учреждении долгосрочного ухода (HI-SNP), и планы для лиц, нуждающихся в особом обслуживании в учреждении долгосрочного ухода, непосредственно на базе учреждения (FI-SNP).

**План для лиц, нуждающихся в особом обслуживании в условиях, эквивалентных учреждению долгосрочного ухода (IE-SNP).** В плане IE-SNP могут регистрироваться только лица, имеющие право на участие в планах MA, которые живут в сообществе, но нуждаются в уровне обслуживания, обеспечиваемом в учреждениях долгосрочного ухода.

**Взаимозаменяемый биоаналог** — биоаналог, который может быть использован в качестве замены оригинального биопрепарата в аптеке без необходимости получения нового рецепта, поскольку он

## Глава 12: Определения

---

отвечает дополнительным требованиям, связанным с возможностью автоматической замены. Возможность автоматической замены в аптеке регулируется законодательством штата.

**Перечень покрываемых лекарственных препаратов, или Фармакологический справочник, или Список лекарственных препаратов** — это перечень рецептурных лекарственных препаратов, которые покрывает наш план.

**Субсидия для лиц с низким доходом** — см. Extra Help.

**Программа скидок от производителя (Manufacturer Discount Program)** — программа, в рамках которой производители лекарств оплачивают часть полной стоимости покрываемых по условиям Части D фирменных препаратов и биопрепаратов. Скидки предоставляются по договору между федеральным правительством и производителями лекарств.

**Максимальная справедливая цена** — цена, согласованная Medicare для выбранного лекарственного препарата.

**Максимальная сумма собственных расходов** – Предельная сумма, которую вы сами выплачиваете с начала календарного года за покрываемые услуги. При расчете максимальной суммы собственных расходов не учитываются страховые взносы по нашему плану, страховые взносы по программам Medicare Part A и Medicare Part B, а также суммы, уплаченные вами за рецептурные лекарственные препараты. Если программа Medicaid доплачивает за вас суммы, которые вы в противном случае должны платить за покрываемое по программе Medicare обслуживание, то платить за обслуживание, покрываемое по условиям Части А и Части В, вам ничего не нужно. (Примечание: Поскольку участники нашего плана получают помощь также по программе Medicaid, очень немногие из них достигают максимальной суммы собственных расходов.)

**Medicaid (или Medical Assistance)** — совместная программа федерального правительства и штата, которая помогает некоторым людям с низким доходом и ограниченными финансовыми возможностями оплачивать медицинскую помощь. В разных штатах программы Medicaid называются и работают по-разному, но если вы включены в программы Medicare и Medicaid одновременно, то они покрывают большинство расходов на медицинское обслуживание.

**Утвержденные медицинские показания** — применение лекарства по показаниям, либо утвержденным FDA, либо указанным в определенных справочниках, например в Фармацевтическом справочнике для американских больниц (American Hospital Formulary Service Drug Information) или информационной системе Micromedex DRUGDEX.

**По медицинским показаниям** – Обслуживание, принадлежности и лекарства, которые отвечают требованиям медицинских стандартов и нужны для того, чтобы предотвратить, диагностировать или вылечить заболевание.

**Medicare** — федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше; некоторых людей младше 65 лет с определенными физическими ограничениями; людей в терминальной стадии почечной недостаточности (как правило, лиц с хронической почечной недостаточностью, которым требуется проведение диализа или пересадка почки).

**Период открытой регистрации в программе Medicare Advantage** — период с 1 января по 31 марта, когда участники планов, действующих по программе Medicare Advantage, могут выйти из своего плана и перейти в другой план, действующий по программе Medicare Advantage, или стать участником программы Original Medicare. Если в этот период вы решите перейти в программу Original Medicare, вы можете также стать участником отдельного плана, покрывающего лекарства по рецепту по программе

## Глава 12: Определения

---

Medicare. Период открытой регистрации в планах, действующих по программе Medicare Advantage, — это, кроме того, 3 месяца после того, как человек впервые получает право на участие в программе Medicare.

**План, действующий по программе Medicare Advantage (Medicare Advantage [MA] Plan)** – Иногда его называют Medicare Part C. Это план, предлагаемый частной компанией, у которой с программой Medicare заключен договор о предоставлении страхового покрытия медицинских услуг по программам Medicare Part A и Medicare Part B. План, действующий по программе Medicare Advantage, может быть:

i) организацией по управлению медицинской помощью (Health Maintenance Organization, HMO);  
ii) организацией, сотрудничающей с предпочтительными медиками и учреждениями (Preferred Provider Organization, PPO); iii) частным страховым планом со сдельным способом оплаты труда медиков (Private Fee-for-Service, PFFS); или iv) планом, позволяющим освобождать от налогов расходы на медицинское обслуживание и действующим по программе Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Помимо этого, планы HMO и PPO, действующие по программе Medicare Advantage, могут быть планами для людей, нуждающихся в особом обслуживании (Special Needs Plan, SNP), т. е. людей с инвалидностью. В большинстве случаев планы, действующие по программе Medicare Advantage, предлагают также покрытие лекарственных препаратов по рецепту в рамках Medicare Part D. Эти планы называются **планами, действующими по программе Medicare Advantage, с покрытием лекарств по рецепту.**

**Покрываемые услуги по программе Medicare** — обслуживание, покрываемое по программам Medicare Part A и Medicare Part B. Все планы медицинского страхования Medicare должны покрывать все обслуживание, покрываемое по программам Medicare Part A и Medicare Part B. Этот термин не распространяется на дополнительно покрываемые виды помощи, например проверку и коррекцию зрения и слуха, стоматологию и т. п., хотя их может покрывать план, действующий по программе Medicare Advantage.

**План медицинского страхования по программе Medicare (Medicare Health Plan)** — частный план медицинского страхования, предлагаемый компанией, у которой с программой Medicare есть договор, позволяющий этому плану предоставлять своим участникам, включенным в программу Medicare, страховое покрытие обслуживания согласно Части А и Части В. Это понятие включает все планы, действующие по программе Medicare Advantage; планы расходов Medicare (Medicare Cost Plan); экспериментальные и пилотные страховые программы (Demonstration/Pilot Program); планы для людей, нуждающихся в особом обслуживании (Special Needs Plan) и программы комплексной помощи престарелым (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Покрытие лекарственных препаратов по программе Medicare (Medicare Part D)** — страховка на рецептурные лекарственные препараты, предназначенные для амбулаторного лечения, вакцины, биопрепараты и некоторые принадлежности, не покрываемые по программам Medicare Part A или Medicare Part B.

**Программа управления медикаментозной терапией (Medication Therapy Management, MTM)** — программа Medicare Part D для комплексных медицинских потребностей, предоставляемая людям, которые отвечают определенным требованиям или участвуют в программе регулирования лечения наркотическими препаратами (Drug Management Program). Услуги MTM обычно заключаются в том, что фармацевт или поставщик медицинских услуг помогает вам упорядочить набор принимаемых вами лекарств и составить оптимальный план приема.

**Medigap, полис дополнительного страхования по программе Medicare**, — дополнительное страховое покрытие по программе Medicare, предлагаемое частными страховыми компаниями для восполнения *разрывов* в страховом покрытии по программе Original Medicare. Полисы Medigap действуют только

## Глава 12: Определения

---

при наличии программы Original Medicare. (План, действующий по программе Medicare Advantage, не является полисом Medigap.)

**Участник, участник нашего плана или участник плана** — человек, включенный в программу Medicare, у которого есть право получать покрываемые услуги, который был включен в наш план и чье включение в наш план было подтверждено Центрами обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS).

**Отдел обслуживания** – Отдел нашего плана, который несет ответственность за работу с участниками плана и отвечает на вопросы об их статусе участника, покрываемых услугах, жалобах и апелляциях.

**Сетевая аптека** – Аптека, в которой участники нашего плана могут приобретать покрываемые планом рецептурные лекарственные препараты. В большинстве случаев мы покрываем рецептурные лекарственные препараты, только если они получены в одной из наших сетевых аптек.

**Сетевой поставщик.** Поставщик услуг (Provider) — это общее название врачей, других медиков, больниц и прочих медицинских учреждений, которые имеют лицензию или сертификат Medicare и штата на предоставление медицинских услуг. **Сетевые поставщики** имеют с нашим планом договор, по которому они принимают оплату своего труда по нашему плану в качестве полной оплаты; в некоторых случаях такие поставщики услуг не только оказывают участникам плана медицинскую помощь, но, кроме того, координируют покрываемые услуги. Сетевые поставщики также называются **поставщиками медицинских услуг плана**.

**Период открытой регистрации** — период с 15 октября по 7 декабря каждого года, когда участники могут изменить свои планы медицинского страхования или планы, покрывающие лекарства, либо перейти в программу Original Medicare.

**Заключение организации** – Решение нашего плана о страховом покрытии, т. е. о том, будет ли он покрывать услуги и принадлежности или сколько будете платить вы за покрываемые услуги и принадлежности. В этом документе заключения организации называются страховыми решениями.

**Оригинальный биологический препарат** — биологический препарат, одобренный FDA и используемый производителями биоаналогов для сравнения. Его также называют референтным продуктом.

**Original Medicare.** Другие названия: **традиционная программа Medicare (Traditional Medicare) или программа Medicare со сдельным способом оплаты (Fee-For-Service Medicare).** Программу Original Medicare предлагает государство, а не частный план медицинского страхования наподобие планов, действующих по программе Medicare Advantage, и планов, покрывающих лекарства по рецепту. В рамках программы Original Medicare обслуживание, покрываемое Medicare, покрывается посредством оплаты услуг врачей, больниц и других поставщиков медицинских услуг по расценкам, установленным Конгрессом. Вы можете обращаться к любому врачу или другому поставщику медицинских услуг, или в любую больницу, если они принимают оплату по программе Medicare. Вы должны платить безусловную франшизу. Программа Medicare платит ту часть стоимости обслуживания, которая установлена самой же программой Medicare, а вы платите свою часть. Программа Original Medicare состоит из 2-х частей: Часть А (покрытие больничного обслуживания) и Часть В (медицинская страховка). Программа Original Medicare действует на всей территории США.

**Внесетевая аптека** — аптека, у которой нет договора с нашим планом о координации или предоставлении его участникам покрываемых лекарственных препаратов. Обычно мы не оплачиваем лекарства, приобретенные во внесетевых аптеках. Исключения возможны только при определенных условиях.

## Глава 12: Определения

---

**Внесетевой поставщик или внесетевое учреждение** — поставщик услуг или учреждение, у которого нет договора с нашим планом о координации или предоставлении его участникам покрываемых услуг. Внесетевые поставщики не работают в нашем плане, наш план ими не владеет и не управляет.

**Собственные расходы** — см. определение термина «софинансирование расходов» выше. Участник плана несет часть расходов на покрываемое обслуживание и лекарства; такой вид оплаты называется софинансированием расходов или собственными расходами.

**Порог собственных расходов** – Максимальная сумма, которую вы платите из собственных средств за лекарства по условиям программы Часть D.

**Часть C (Part C).** См. «план, действующий по программе Medicare Advantage (MA)».

**Часть D (Part D).** Добровольная страховая программа, покрывающая рецептурные лекарственные препараты; действует по программе Medicare.

**Лекарства, покрываемые по программе Часть D** – Лекарства, страховое покрытие которых предоставляется по программе Часть D. Мы можем предоставлять страховое покрытие всех или некоторых лекарств, покрываемых по программе Часть D. Определенные группы лекарств были исключены Конгрессом из страхового покрытия по программе Часть D. Определенные группы лекарств, покрываемые по программе Часть D, должны покрывать все планы.

**Штраф за несвоевременное включение в программу Часть D** — сумма, которую добавляют к ежемесячному страховому взносу для оплаты покрытия лекарственных препаратов по программе Medicare, если у вас не было учитываемого (creditable) покрытия (которое в среднем не меньше стандартного покрытия лекарственных препаратов по программе Medicare) в течение не менее 63 дней подряд, после того как вы получили право на участие в программе Часть D. Если вы теряете право на Extra Help, вам, возможно, придется начать платить штраф за несвоевременное включение, если вы провели не менее 63 дней подряд без покрытия лекарственных препаратов по программе Часть D или другого учитываемого покрытия лекарственных препаратов.

**План организации предпочтительных поставщиков (PPO)** — план Medicare Advantage, обладающий сетью поставщиков услуг, которые согласились оказывать участникам плана лечебные услуги за определенную сумму. План PPO должен охватывать все покрываемые услуги плана, получаемые как у сетевых, так и у внесетевых поставщиков. Доли софинансирования расходов участников плана обычно выше, когда они получают медицинские услуги у поставщиков, не входящих в сеть. В планах PPO установлен годовой лимит собственных расходов участника на оплату услуг, полученных от сетевых (предпочтительных) поставщиков, и более высокий лимит совокупных собственных расходов участника на оплату услуг, полученных как от сетевых (предпочтительных), так и от внесетевых (непредпочтительных) поставщиков.

**Страховой взнос.** Сумма, которую вы периодически платите программе Medicare, страховой компании или плану медицинского страхования за покрытие медицинской помощи и/или покрытие лекарственных препаратов по рецепту.

**Профилактические услуги** — медицинское обслуживание, направленное на предотвращение заболеваний или выявление заболеваний на ранних стадиях, когда лечение, вероятно, будет наиболее эффективным (например, профилактические услуги включают ПАП-тесты, прививки от гриппа и скрининговую маммографию).

**Основной врач (PCP)** – Врач или другой поставщик услуг, к которому вы обращаетесь в первую очередь в случае большинства болезней. Во многих планах медицинского страхования Medicare вы должны

## Глава 12: Определения

---

получить направление своего основного врача, прежде чем обращаться к любому другому поставщику медицинских услуг.

**Предварительное подтверждение** — разрешение на основе конкретных критериев, которое нужно получать у плана, прежде чем получать определенные услуги и приобретать определенные лекарства. Покрываемые услуги, на которые нужно получать предварительное подтверждение, отмечены в Таблице покрываемых медицинских услуг, приведенной в главе 4. Покрываемые лекарственные препараты, на которые требуется предварительное подтверждение, отмечены в Фармакологическом справочнике, а наши критерии опубликованы на нашем веб-сайте.

**Протезы и ортопедические изделия (ортезы)** – Медицинские устройства, в частности ортезы для рук, спины и шеи; шины; искусственные конечности; искусственные глаза; устройства, необходимые для замещения внутренних органов или компенсации их функции, включая расходные материалы для ухода за стомой, энтеральное и парентеральное питание.

**Организация повышения качества обслуживания (Quality Improvement Organization, QIO)** — группа практикующих врачей и других медиков, которая получает финансирование от федерального правительства. Организация занимается проверкой и повышением качества медицинского ухода, предоставляемого пациентам Medicare.

**Количественные ограничения** — способ ограничения применения лекарств с целью обеспечить качество лечения и безопасность пациента, а также сократить расходы плана. Ограничения могут распространяться, например, на количество лекарства, которое мы покрываем за определенный период времени.

**Инструмент поиска услуг в режиме реального времени («Real-Time Benefit Tool»)** – Веб-портал или компьютерное приложение, где участники программы могут найти полную, точную, своевременную, соответствующую клиническим условиям информацию о покрытии услуг и покрываемых лекарственных препаратах для конкретного участника программы. Сюда входят доли софинансирования расходов на лекарства, которые платите вы; лекарства, альтернативные назначенному, то есть те, что могут использоваться для лечения того же заболевания; ограничения на покрытие (необходимость получать предварительное подтверждение, поэтапное лечение, количественные ограничения), которые применяются к альтернативным лекарствам.

**Направление** — письменное предписание от вашего основного врача/поставщика первичной медицинской помощи о необходимости посещения специалиста или получения определенных медицинских услуг. Без направления наш план может не оплатить услуги специалиста.

**Услуги по реабилитации** — включают стационарный реабилитационный уход, физиотерапию (амбулаторную), трудотерапию, речевую и языковую терапию.

**Выбранное лекарство** — препарат, покрываемый по условиям Части D, в отношении которого существует договор с Medicare о максимальной справедливой цене.

**Зона обслуживания** — географическая территория, где вы должны жить, чтобы стать участником конкретного плана медицинского страхования. В случае планов, которые требуют от своих участников обращаться только к определенным врачам и в определенные больницы, зона обслуживания обычно совпадает с зоной, в пределах которой вы получаете обычную (неэкстренную) помощь. Наш план может исключить вас из числа своих участников, если вы переезжаете на постоянное место жительства, расположенное за пределами зоны обслуживания плана.

## Глава 12: Определения

---

**Обслуживание в центре квалифицированного сестринского ухода (Skilled Nursing Facility, SNF)** – Услуги квалифицированного сестринского ухода и услуги по реабилитации, которые предоставляются на постоянной, ежедневной основе в центре квалифицированного сестринского ухода. Примеры такой помощи: физиотерапия или внутривенные инъекции, которые может делать только дипломированная медицинская сестра или врач.

**План для людей, нуждающихся в особом обслуживании (Special Needs Plan)** — особый тип планов, действующих по программе Medicare Advantage. Такой план покрывает обслуживание, которое в большей мере ориентировано на особые группы пациентов. Это могут быть люди, участвующие одновременно в программах Medicare и Medicaid; те, кто живет в центре сестринского ухода; больные определенными хроническими заболеваниями.

**Поэтапное лечение, или ступенчатая терапия** — способ оптимизации предоставления страхового покрытия лекарств. При поэтапном лечении участник плана должен сначала попробовать лечить свое заболевание другим лекарством, прежде чем мы начнем покрывать изначально назначенный врачом препарат.

**Дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI)** – Ежемесячное пособие, выплачиваемое Службой социального обеспечения (Social Security) людям с инвалидностью, слепым и людям, которым уже исполнилось 65 лет, если их средства и доходы ограничены. Пособие SSI отличается от других пособий Службы социального обеспечения (Social Security).

**Неотложная помощь** — покрываемые планом услуги, требующие незамедлительной медицинской помощи, но не являющиеся экстренными, считаются услугами неотложной помощи, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана либо если с учетом вашего времени, места и обстоятельств получать эти услуги у сетевых поставщиков нецелесообразно. Примеры случаев, когда требуется неотложная помощь: непредвиденные заболевания или травмы или неожиданное обострение существующих заболеваний. Плановые посещения поставщика услуг по медицинским показаниям (например, ежегодные осмотры) не считаются неотложной помощью, даже если вы находитесь вне зоны обслуживания нашего плана или временно не можете обратиться к сотрудничающему с планом врачу или в сотрудничающее с планом учреждение.

Дополнительная важная информация о медицинских ресурсах и ресурсах для участника

- Уведомление о доступности (NOA): помощь переводчиков
- Уведомление о недопущении дискриминации (NDN): раздел 1557
- Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией (NPP)

# Уведомление о недопустимости дискриминации Раздел 1557 Central Health Plan



Дискриминация незаконна. Central Health Plan соблюдает требования законодательства штата и федерального законодательства о гражданских правах. Central Health Plan не допускает дискриминации людей, не отказывает им в услугах и предоставляет одинаковый уровень обслуживания всем людям независимо от пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендерной принадлежности/идентичности или сексуальной ориентации.

Central Health Plan предоставляет указанное далее.

- Своевременные бесплатные услуги и содействие людям с ограниченными возможностями с целью облегчения коммуникации, в том числе:
  - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - печатную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудио- или специальные электронные / другие форматы).
- Бесплатные и своевременно предоставляемые языковые услуги для людей, для которых английский не является основным языком, включая, например:
  - услуги квалифицированных переводчиков;
  - печатные материалы на других языках.

Если вам требуются такие услуги, свяжитесь с Central Health Plan, позвонив по номеру 1-866-314-2427 с 8 а.м. до 8 р.м. Номер для лиц с нарушениями слуха и речи: 711. По запросу этот документ можно получить напечатанным шрифтом Braille, крупным шрифтом, в аудио- или электронном формате. Чтобы получить копию документа в одном из следующих альтернативных форматов, позвоните или напишите по адресу:

Central Health Plan  
Civil Rights Coordinator  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802

**По телефону:** 1-866-606-3889. Номер для лиц с нарушениями слуха и речи: 711.

## КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ

Если вы считаете, что администрация Central Health Plan не предоставила указанные услуги или со стороны сотрудников плана имела место иная незаконная дискриминация по признаку пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендерной принадлежности/идентичности или сексуальной ориентации, вы можете подать жалобу координатору по гражданским правам в Central Health Plan. Жалобу можно подать по телефону, письменно, лично или в электронном виде.

- **По телефону:** звоните координатору по гражданским правам Central Health Plan по номеру 1-866-606-3889 с 8:30 а.м. до 5:30 р.м. Номер для лиц с нарушениями слуха и речи: 711.
- **По почте:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:  
Central Health Plan  
Civil Rights Coordinator  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802

- **При личной встрече:** обратитесь в приемную своего врача или в Central Health Plan и сообщите, что вы хотите подать жалобу.
- **В электронном виде:** отправьте электронное письмо по адресу [Civil.Rights@MolinaHealthcare.com](mailto:Civil.Rights@MolinaHealthcare.com). Вы также можете посетить веб-сайт Central Health Plan по адресу [MolinaHealthcare.Alertline.com](http://MolinaHealthcare.Alertline.com).

#### УПРАВЛЕНИЕ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ — ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА CALIFORNIA

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

- **По телефону:** звоните по номеру 916-440-7370. Если у вас есть затруднения с речью или слухом, звоните по номеру 711 (служба ретрансляции телекоммуникаций).
- **По почте:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:  
Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413  
Sacramento, CA 95899-7413

Формы для подачи жалобы можно найти по ссылке [DHCS.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **В электронном виде:** отправьте электронное письмо по адресу [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

#### УПРАВЛЕНИЕ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ — ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ США

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

- **По телефону:** звоните по номеру 1-800-368-1019. Номер ТТУ/TDD для лиц с нарушениями слуха и речи: 1-800-537-7697.
- **По почте:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Формы для подачи жалобы можно найти по адресу [HHS.gov/ocr/office/file/index.html](http://HHS.gov/ocr/office/file/index.html).

- **В электронном виде:** посетите портал для подачи жалоб Управления по гражданским правам по адресу [OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://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 (866) 314-2427 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (866) 314-2427 (TTY: 711). These services are free of charge.

### **العربية(Arabic)**

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل ب (866) 314-2427 ، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير، اتصل ب (866) 314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

### **Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱԴԻՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, գանգահարե՛ք (866) 314-2427 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոսքատար տպագրված նյութեր: Ձանգահարե՛ք (866) 314-2427 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

### **ខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ (866) 314-2427 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ (866) 314-2427 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

### **繁體中文 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 (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 (866) 314-2427 (TTY: 711)。这些服务均免费提供。

## فارسی (Farsi)

توجه : اگر م یخواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (866) 314-2427 (TTY: 711) ، بگیری د . کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخههایی ب ا خط بریل و چاپ درشت، نی ز موجود است . با (866) 314-2427 (TTY: 711) تماس بگیری د . این خدمات رایگان ارائه م یشون د

## हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो (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। (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 (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 (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 (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。(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 (866) 314-2427 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. (866) 314-2427 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ (866) 314-2427 (711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (866) 314-2427 (711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

## **Mien**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux (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 hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx (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 (866) 314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। (866) 314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## **Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру (866) 314-2427 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711). Такие услуги = бесплатны.

## **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al (866) 314-2427 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al (866) 314-2427 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

## **Tagalog (Filipino)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa (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 (866) 314-2427 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

## **ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (866) 314-2427 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (866) 314-2427 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

## **Українська (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер (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 (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 (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 (866) 314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

# УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

**В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВАМ ДОСТУПА К НЕЙ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ДАННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ.**

В настоящем Уведомлении описывается политика конфиденциальности аффилированных планов медицинского страхования компании Molina Healthcare (далее именуемых “**Molina**”, “**мы**” или “**нас**”). Мы используем и передаем вашу защищенную медицинскую информацию (“**PHI**”), чтобы предоставлять вам услуги медицинского страхования как участнику программы Molina. Компания использует и передает PHI для осуществления лечения, платежей и медицинского обслуживания. Мы также используем и передаем касающуюся вас PHI в других целях, если это разрешено или предписано законом. Мы обязуемся сохранять конфиденциальность вашей медицинской информации и следовать условиям данного Уведомления. Дата вступления настоящего Уведомления в силу — 1 января 2026 г.

PHI — это данные о состоянии вашего здоровья, которые включают ваши имя и фамилию, номер участника или другие идентификаторы и используются либо передаются нами. PHI включает медицинскую информацию о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, и биометрическую информацию (например, голосовой отпечаток).

## **Почему мы используем или передаем вашу PHI?**

Мы используем или передаем вашу PHI только с целью предоставления вам услуг медицинского страхования. Ваша PHI также используется и передается для осуществления лечения, платежей и действий, связанных с медицинским обслуживанием.

### **Для осуществления лечения**

Мы вправе использовать или передавать вашу PHI для обеспечения либо организации вашего медицинского обслуживания. Это касается также направлений, выдаваемых вашими лечащими врачами, к другим врачам или прочим поставщикам медицинских услуг. Например, мы можем передать информацию о состоянии вашего здоровья врачу-специалисту. Это поможет специалисту обсудить лечение с вашим врачом.

### **Для осуществления платежей**

Мы можем использовать и передавать PHI для принятия решений об оплате услуг. Такие сведения могут включать страховые требования, разрешения на лечение и решения относительно медицинских потребностей. В счете могут быть указаны ваше имя, заболевание, предоставленное вам лечение, а также использованные расходные медицинские материалы. Например, мы можем сообщить врачу о том, что вы пользуетесь нашими услугами. Мы также сообщаем врачу сумму счета, которую готовы оплатить.

### **Для осуществления медицинского обслуживания**

Мы можем использовать или передавать вашу PHI для реализации плана(-ов) медицинского страхования. Например, мы можем использовать информацию из вашего заявления, чтобы сообщить вам о медицинской программе, которая может быть вам полезна. Мы также можем использовать или передавать вашу PHI для решения ваших проблем. Кроме того, касающаяся вас PHI может использоваться для проверки правильности выплат по страховым требованиям.

Осуществление медицинского обслуживания связано с необходимостью решения множества текущих деловых задач. Они включают, помимо прочего, следующее:

- повышение качества обслуживания;
- деятельность в рамках программ медицинского страхования для оказания помощи участникам с определенными заболеваниями (например, астмой);
- проведение или организация медицинской экспертизы;
- юридические услуги, включая программы по выявлению и преследованию мошенничества и злоупотреблений;
- действия, помогающие нам соблюдать законы;
- удовлетворение потребностей участников, включая решения по претензиям и жалобам.

Компания предоставляет вашу РНІ другим компаниям (“**деловым партнерам**”), которые осуществляют различные виды деятельности для реализации плана(-ов) медицинского страхования компании. Мы также можем использовать вашу РНІ для напоминания о назначенных вам приемах у врачей. Мы можем использовать касающуюся вас РНІ, чтобы предоставлять вам информацию о других методах лечения или иных льготах и услугах, связанных со здоровьем.

### **В каких случаях мы можем использовать и передавать вашу РНІ без получения от вас письменного разрешения (согласия)?**

Помимо лечения, осуществления платежей и медицинского обслуживания, закон разрешает или обязывает Molina использовать и передавать вашу РНІ в ряде других целей, включая перечисленные ниже.

### **Во исполнение требований законодательства**

Мы используем и раскрываем вашу информацию в соответствии с требованиями закона. Ваша РНІ может быть раскрыта по требованию секретаря Департамента здравоохранения и социальных служб (HHS). Это может быть связано с судебным разбирательством, иными юридическими действиями, а также в случае необходимости в правоохранительных целях.

### **Для проведения мероприятий в сфере общественного здравоохранения**

Касающаяся вас РНІ может быть использована или передана для проведения мероприятий в сфере общественного здравоохранения. В частности, для содействия органам здравоохранения в профилактике либо контроле заболеваний.

### **В целях надзора в сфере здравоохранения**

Касающаяся вас РНІ может использоваться государственными органами либо предоставляться этим органам. Им может понадобиться ваша РНІ для проведения аудита.

### **Для исследований**

Касающаяся вас РНІ может использоваться или предоставляться для исследования в определенных случаях: например, когда имеется разрешение комиссии по конфиденциальности или экспертного совета организации.

### **Для целей судебного или административного производства**

Ваша РНІ может быть использована или передана для целей судебного производства, например в ответ на распоряжение суда.

### **По запросу правоохранительных органов**

Ваша РНИ может быть использована или передана полиции в правоохранительных целях, например для помощи в поиске подозреваемого, свидетеля либо пропавшего человека.

### **В рамках охраны труда и техники безопасности**

Ваша РНИ может быть передана для предотвращения серьезной и неминуемой угрозы здоровью или безопасности человека либо общественности.

### **Для осуществления функций государственных органов**

Ваша РНИ может быть передана правительству для выполнения особых функций. Например, для защиты президента.

### **Для защиты лиц, пострадавших от жестокого/небрежного обращения или домашнего насилия**

Касающаяся вас РНИ может быть предоставлена официальным властям, если мы сочтем, что какое-либо лицо является жертвой жестокого или небрежного обращения.

### **Для компенсации от предприятия за ущерб, причиненный здоровью на рабочем месте**

Ваша РНИ может быть использована или передана в соответствии с законами о компенсациях работникам.

### **Другие случаи раскрытия информации**

Ваша РНИ может быть предоставлена руководителям похоронных служб или судмедэкспертам для оказания содействия их работе.

### **Дополнительные ограничения на использование и раскрытие информации**

Некоторые федеральные законы и законы штата могут требовать специальных мер защиты конфиденциальности, которые ограничивают использование и раскрытие определенных видов медицинской информации. Такие законы могут защищать следующие виды информации: о расстройствах, связанных с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, биометрическую информацию, информацию о жестоком/небрежном обращении с детьми или взрослыми (включая сексуальное насилие), об инфекционных заболеваниях, генетическую информацию, о HIV/AIDS, о психическом здоровье, о несовершеннолетних, рецептах, репродуктивном здоровье и заболеваниях, передаваемые половым путем. Мы будем следовать более строгому закону, где он применим к нам.

**Информация о расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ (SUD).** Хотя наша программа не является программой лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в соответствии с федеральным законодательством (“Программа SUD”), мы можем получать информацию о вас от представителей Программы SUD. Мы не можем раскрывать информацию о SUD для использования в гражданском, уголовном, административном или законодательном разбирательстве против вас, если у нас нет (i) вашего письменного согласия или (ii) судебного приказа, сопровождаемого повесткой в суд либо другим юридическим требованием, обязывающим к раскрытию, выданным после того, как мы и вы получили уведомление и возможность быть заслушанными.

### **В каких случаях нам требуется ваше письменное разрешение (согласие) на использование или передачу вашей РНИ?**

Нам необходимо ваше письменное согласие на использование или передачу вашей РНИ в целях, не указанных в настоящем Уведомлении. Нам необходимо ваше разрешение перед раскрытием вашей РНИ: (1) в большинстве случаев использования и раскрытия психотерапевтических записей; (2) в случаях

использования и раскрытия в маркетинговых целях; и (3) в случаях использования и раскрытия, которые подразумевают продажу РНІ. Вы можете отменить данное вами письменное разрешение. Отмена разрешения не будет распространяться на действия, осуществленные ранее на основании данного вами согласия.

### **Каковы ваши права в отношении вашей медицинской информации?**

У вас есть перечисленные далее права.

- **Подача запроса на ограничение использования или раскрытия вашей РНІ (передачи РНІ)**

Вы можете попросить нас не предоставлять касающуюся вас РНІ для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей. Вы также можете попросить нас не передавать вашу РНІ членам вашей семьи, друзьям или другим названным вами лицам, которые имеют отношение к вашему медицинскому обслуживанию. Однако компания вправе отказать в удовлетворении вашей просьбы. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму.

- **Запрос конфиденциальной передачи РНІ**

Вы можете попросить компанию Molina передать вашу РНІ вам определенным образом или в определенном месте, чтобы сохранить ее конфиденциальность. Мы будем выполнять ваши обоснованные просьбы, если вы сообщите нам, каким образом предоставление вашей РНІ или ее части может подвергнуть вашу жизнь риску. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму.

- **Просмотр и копирование касающейся вас РНІ**

Вы имеете право ознакомиться с хранящейся у нас вашей РНІ и получить ее копию. К такой информации могут относиться документы, использовавшиеся при принятии решений о покрытии услуг, удовлетворении страховых требований и других решений, касающихся вас как участника. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму. Мы можем взимать обоснованную плату за изготовление копий и отправку документов по почте. В некоторых случаях мы можем отклонить запрос. *Важное примечание. Мы не храним полные копии ваших медицинских карт. Если вы хотите просмотреть свою медицинскую карту, получить ее копию или внести в нее изменения, обратитесь к своему врачу либо в клинику.*

- **Внесение изменений в РНІ**

Вы можете попросить нас внести поправки (изменения) в вашу РНІ. Это относится только к тем хранящимся у нас документам, которые касаются вас как участника. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму. Вы можете направить письмо о несогласии, если мы отклоним ваш запрос.

- **Получение отчета о случаях раскрытия РНІ (передачи РНІ)**

Вы можете попросить нас предоставить вам список конкретных третьих сторон, которым мы передавали вашу РНІ в течение шести лет, предшествующих дате вашего запроса. В него не будут включены перечисленные ниже случаи предоставления РНІ.

- Предоставление для осуществления медицинского обслуживания, лечения и платежей.
- Осуществление передачи лицам их собственной РНІ.
- Передача информации с вашего разрешения.

- Случаи использования или передачи, на ином основании разрешенные либо предусмотренные действующим законодательством.
- Раскрытие РНИ в интересах национальной безопасности или разведки.
- В рамках ограниченного набора данных в соответствии с действующим законодательством.

Мы взимаем определенную плату за каждый запрос, если он производится более одного раза в течение 12 месяцев. Запрос должен быть подан в письменной форме. Для подачи запроса вы можете использовать нашу форму.

Вы можете подать любые запросы, указанные выше, а также получить копию данного Уведомления. Позвоните в отдел обслуживания участников по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей ID-карты. График работы: ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Номер для пользователей TTY/TDD: 711.

#### **Что делать, если ваши права не были защищены**

Вы можете подать жалобу нам и в Департамент здравоохранения и социальных служб, если считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены. Мы не будем предпринимать никаких действий против вас за подачу жалобы. Это никоим образом не повлияет на ваше лечение и покрытие услуг.

*Вы можете направить нам жалобу указанным далее способом.*

Позвоните в отдел обслуживания участников по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей ID-карты. График работы: ежедневно с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени. Номер для пользователей TTY/TDD: 711. Также вы можете написать нам на следующий адрес:

Molina Healthcare  
Attn: Appeals and Grievances  
P.O. Box 22816  
Long Beach, CA 90801-9977

*Вы можете подать жалобу секретарю Департамента здравоохранения и социальных служб США по адресу:*

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights  
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, ННН Building Washington, D.C. 20201  
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

#### **Каковы наши обязанности**

Мы обязаны:

- соблюдать конфиденциальность вашей РНИ;
- предоставлять вам письменную информацию, подобную этой, о наших обязанностях и методах обеспечения конфиденциальности вашей РНИ;
- уведомлять вас в случае любой утечки вашей РНИ;
- не использовать и не раскрывать вашу генетическую информацию для целей продажи страховых покрытий;
- соблюдать условия данного Уведомления.

*Действует с 1 января 2026 г.*  
Multi-State-Y0050-NP-RU-26-S

**В данное Уведомление могут вноситься изменения**

**Мы оставляем за собой право в любое время изменять правила соблюдения конфиденциальности информации и условия настоящего Уведомления. Если мы это сделаем, то новые условия и методы будут применяться ко всей хранимой нами PHI. В случае внесения каких-либо существенных изменений мы разместим измененную версию Уведомления на нашем веб-сайте и отправим измененную версию Уведомления или информацию о существенном изменении и о том, как получить новую версию Уведомления, в нашей следующей ежегодной рассылке активным участникам программы страхования. Настоящее Уведомление доступно на веб-сайте [www.molinahealthcare.com](http://www.molinahealthcare.com).**

### **Контактная информация**

Если у вас появятся какие-либо вопросы об этом Уведомлении, обратитесь к нам.

Позвоните в отдел обслуживания участников по бесплатному номеру, указанному на обороте вашей ID-карты. График работы: ежедневно с 8 a.m. до 8 p.m. по местному времени. Номер для пользователей ТTY/TDD: 711. Также вы можете написать нам на следующий адрес: Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, включая шрифт Braille, крупный шрифт и аудиоформат. Звоните по номеру (855) 882-3901, ТTY/TDD: 711; линия доступна 7 дней в неделю с 8 a.m. до 8 p.m. по местному времени. Звонки бесплатные.







### Отдел обслуживания Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

Способ связи	Отдел обслуживания — контактная информация
<b>ТЕЛЕФОН</b>	(866) 314-2427 <p>Звонки на этот номер бесплатные. Отдел обслуживания работает круглосуточно; если вы звоните в нерабочее время, можете оставить голосовое сообщение. Если вам нужна срочная помощь или вы находитесь в кризисной ситуации, автоответчик переключит вас на справочную службу медсестер для получения дополнительной поддержки в реальном времени.</p> <p>Отдел обслуживания также предоставляет бесплатные услуги переводчика людям, которые не говорят по-английски.</p>
<b>TTY</b>	711 <p>Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.</p> <p>Звонки на этот номер бесплатные.</p> <p>Национальная служба коммутируемых сообщений доступна круглосуточно и без выходных.</p>
<b>ФАКС</b>	(310) 507-6186
<b>ПОЧТА</b>	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>

Программа SHIP (SHIP штата California) — это финансируемая федеральным правительством программа штата, бесплатно консультирующая участников Medicare по вопросам местных планов медицинского страхования.

## ТЕЛЕФОН

Alameda County:

(510) 839-0393

Contra Costa County:

(925) 655-1393

Fresno and Madera Counties:

(559) 224-9117

Imperial County:

(760) 353-0223

Kern County:

(661) 868-1000

Kings and Tulare Counties:

(559) 713-2875

Orange County:

(714) 560-0424

Placer and Yolo Counties:

(916) 376-8915

San Francisco County:

(415) 677-7520

San Joaquin County:

(209) 470-7812

San Mateo County:

(650) 627-9350

Santa Clara County:

(408) 350-3239

Solano County:

(707) 526-4108

Stanislaus County:

(209) 558-4540

Округ Alameda

С понедельника по пятницу: с 9 а.м. до 5 р.м.

Округ Contra Costa

С понедельника по пятницу с 8:30 а.м. до 4:30 р.м.

Округ Fresno

С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м.

Округ Imperial

С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м.

Округ Kern

С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м.

Округ Kings

С понедельника по четверг с 8 а.м. до 5:30 р.м.

Округ Madera

С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м.

Округ Orange

С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м.

Округ Placer

С понедельника по пятницу с 9 а.м. до 4 р.м.

(обед с 12 р.м. до 1:30 р.м.)

Округ San Francisco

С понедельника по пятницу с 8:30 а.м. до 4:30 р.м.

Округ San Joaquin

С понедельника по пятницу с 9 а.м. до 4 р.м.

Округ San Mateo

С понедельника по пятницу с 8:30 а.м. до 4:30 р.м.

Способ связи	Контактная информация
	<p>Округ Santa Clara С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м.</p> <p>Округ Solano С понедельника по пятницу с 9 а.м. до 3 р.м.</p> <p>Округ Stanislaus С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 4:30 р.м.</p> <p>Округ Tulare С понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5:30 р.м.</p> <p>Округ Yolo С понедельника по пятницу с 9 а.м. до 4 р.м. (обед с 12 р.м. до 1:30 р.м.)</p>
ТТУ	<p>711</p> <p>Для звонков по этому номеру нужно специальное телефонное оборудование. Эта линия предназначена только для людей с нарушениями слуха или речи.</p>

**Способ связи****Контактная информация****ПОЧТА**

Alameda County:  
Legal Assistance for Seniors  
333 Hegenberger Road, Suite 850  
Oakland, CA 94621  
(510) 839-0393

Contra Costa County:  
Contra Costa County Aging & Adult Services  
400 Ellinwood Way, 3rd Floor  
Pleasant Hill, CA 94523  
(925) 655-1393

Fresno County:  
Valley Caregiver Resource Center  
5363 N. Fresno Street  
Fresno, CA 93710  
(559) 224-9117

Imperial County:  
Elder Law & Advocacy  
939 W. Main Street, Box #19 Basement  
El Centro, CA 92243  
(760) 353-0223

Kern County:  
Kern County Aging and Adult Services  
5357 Truxtun Ave.  
Bakersfield, CA 93309  
(661) 868-1000

Kings County:  
Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office  
3350 W Mineral King  
Visalia, CA 93291  
(559) 713-2875

Madera County:  
Valley Caregiver Resource Center  
5363 N. Fresno Street  
Fresno, CA 93710

Orange County:  
Council on Aging – Southern California, Inc.  
2 Executive Circle, Suite 175  
Irvine, CA 92614-6773  
(714) 560-0424

Placer County:  
Legal Services of Northern California  
505 12th Street  
Sacramento, CA 95814  
(916) 376-8915

San Francisco County:  
Self-Help for the Elderly (San Francisco County)  
601 Jackson Street  
San Francisco, CA 94133  
(415) 677-7520

San Joaquin County:  
Legal Services of Northern California  
505 12th Street  
Sacramento, CA 95814

**Способ связи****Контактная информация**

(209) 470-7812  
San Mateo County:  
Self Help For The Elderly (San Mateo County)  
1710 S Amphlett Boulevard, Suite 100  
San Mateo, CA 94402  
(650) 627-9350  
Santa Clara County:  
Sourcewise  
3100 De La Cruz Boulevard, Suite 310  
Santa Clara, CA 95054  
(408) 350-3239  
Solano County:  
Senior Advocacy Services-HICAP  
1129 Industrial Avenue, Suite 201  
Petaluma, CA 94954  
(707) 526-4108  
Stanislaus County:  
Stanislaus County Department of Aging and Veterans Services  
3500 Coffee Road, Suite 19  
Modesto, CA 95355  
(209) 558-4540  
Tulare County:  
Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office  
3350 W Mineral King  
Visalia, CA 93291  
(559) 713-2875  
Yolo County:  
Legal Services of Northern California  
505 12th Street  
Sacramento, CA 95814  
(916) 376-8915

**ВЕБ-САЙТ**

<https://www.aging.ca.gov/hicap>

**Заявление о раскрытии информации согласно PRA.** В соответствии с Законом о сокращении бумажного документооборота (Paperwork Reduction Act, PRA) 1995 года, никто не обязан отвечать на запрос о сборе информации, если в нем не указан действительный контрольный номер Административно-бюджетного управления США (Office of Management and Budget, OMB). Действующий контрольный номер OMB для сбора этой информации — 0938-1051. С комментариями и предложениями относительно улучшения этой формы просим обращаться по такому адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.