



1 января – 31 декабря 2021 г.

Подтверждение страхового покрытия:

Льготы и медицинские услуги, а также покрытие отпускаемых по рецепту препаратов в рамках Medicare, предоставляемые вам как участнику плана Senior Care Options Program (HMO SNP)

Эта брошюра содержит подробную информацию о медицинском обслуживании, долгосрочной медицинской помощи, предоставлении услуг по месту проживания и покрытии стоимости отпускаемых по рецепту препаратов в рамках Medicare и MassHealth (Medicaid) с 1 января по 31 декабря 2021 г. В ней объясняется, как получить страховое покрытие для оплаты необходимых медицинских услуг и препаратов, отпускаемых по рецепту. **Это важный юридический документ. Храните его в надежном месте.**

Настоящий план Senior Care Options Program предлагается компанией Commonwealth Care Alliance, Inc. (Когда в рамках данного *Подтверждения страхового покрытия* используются местоимения «мы», «нас», «наш», имеется в виду компания Commonwealth Care Alliance, Inc. Под «планом» и «нашим планом» подразумевается Senior Care Options Program).

Служба поддержки участников предлагает бесплатные переводческие услуги для лиц, не говорящих по-английски (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-испански, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Позвоните по телефону 1-866-610-2273 (пользователям ТТТ следует обращаться на линию MassRelay по номеру 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: llamar a MassRelay al 711).

Данная информация доступна в различных форматах. Чтобы получить информацию в другом формате или на другом языке, позвоните в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Льготы и условия их предоставления могут изменяться 1 января 2022 года.

В содержание формуляра и в состав сети аптек и поставщиков услуг могут в любое время вноситься изменения. При необходимости вам будут направляться соответствующие уведомления.

Компания Commonwealth Care Alliance соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: December 31, 2021)

H2225_EOC2021 <Submitted>

Содержание

Commonwealth Care Alliance cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Этот документ можно бесплатно получить в других форматах, например напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля, в формате, предназначенном для чтения с экрана, или в виде аудиозаписи. Звоните по номеру 1-866-610-2273 (пользователям ТТУ следует звонить на линию MassRelay по номеру 711) в любой день недели с 8:00 до 20:00 с 1 октября по 31 марта. График работы службы поддержки участников с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу и в воскресенье с 8:00 до 18:00. Звонок бесплатный.

Этот документ можно бесплатно получить в других форматах, например напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля, в формате, предназначенном для чтения с экрана, или в виде аудиозаписи. Звоните по номеру 1-866-610-2273 (пользователям ТТУ следует звонить на линию MassRelay по номеру 711) в любой день недели с 8:00 до 20:00 с 1 октября по 31 марта. График работы службы поддержки участников с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу и в воскресенье с 8:00 до 18:00. Звонок бесплатный.

Мы сохраним информацию о запрошенных вами форматах и языке для использования в будущих рассылках.

Услуги перевода на другие языки

English: ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Spanish (Español): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Chinese (繁體中文): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-610-2273 (TTY : 711) 。

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Содержание

French (Français): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-610-2273 (ATS: 711).

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-610-2273 (TTY: 711).

German (Deutsch): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Korean (한국어): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-610-2273 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-610-2273 (телетайп: 711).

Arabic (عربية): ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان (117) اتصل برقم 1-668-016-3722 رقم هاتف الصم والبكم

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-610-2273 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian (Italiano): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Portuguese (Português): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-610-2273 (TTY: 711).

French Creole (Kreyòl Ayisyen): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Polish (Polski): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Greek (ελληνικά): ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Japanese (日本語): 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-610-2273 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Cambodian (ខ្មែរ): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-866-610-2273 (TTY: 711)។

Содержание

Lao/Laotian (ພາສາລາວ): ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Gujarati (ગુજરાતી): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Подтверждение страхового покрытия, 2021 г.

Оглавление

Данный список глав с указанием номеров страниц является вашей отправной точкой. Чтобы быстрее найти интересующую вас информацию, перейдите на первую страницу нужной вам главы. **В начале каждой главы приведен подробный список ее разделов.**

Глава 1. Вводная информация для участников плана..... 9

В этой главе разъясняется, что значит быть участником плана медицинского страхования Medicare и как пользоваться этой брошюрой. Здесь также содержится информация о материалах, которые мы пришлем вам, о ваших страховых взносах по плану, о вашей карте участника плана и о необходимости обновления информации об участнике.

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация..... 28

В этой главе разъясняется, как можно связаться с нашим планом (Senior Care Options Program) и другими организациями, в том числе программой Medicare, программой штата по оказанию помощи с медицинским страхованием State Health Insurance Assistance Program (SHIP), организацией по улучшению качества обслуживания (Quality Improvement Organization), Управлением социального обеспечения (Social Security), программой медицинского страхования штата для людей с низкими доходами MassHealth (Medicaid), программами, которые помогают оплачивать препараты, отпускаемые по рецепту, и Советом по пенсионному обеспечению железнодорожников (Railroad Retirement Board).

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана..... 48

В этой главе разъясняются важные аспекты, связанные с получением медицинской помощи, о которых вы как участник плана должны знать. Здесь также рассматриваются такие темы, как пользование услугами поставщиков сети плана и получение неотложной медицинской помощи.

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)..... 69

Здесь подробно рассматриваются покрываемые и *не* покрываемые типы медицинского обслуживания.

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D 144

В этой главе разъясняются правила получения препаратов, покрываемых по части D. Здесь рассказывается, как пользоваться *Списком покрываемых препаратов (Формуляром)*, предусмотренным планом, чтобы выяснить, какие препараты покрывает план. Рассказывается о типах препаратов, которые *не* покрываются. Объясняются некоторые виды ограничений, которые применяются к покрытию стоимости определенных препаратов. Объясняется, где можно получить препарат по рецепту. Рассказывается о программах плана по безопасности приема препаратов и контролю за приемом лекарств.

Глава 6. Подача запроса об оплате счета за покрываемые медицинские услуги или препараты 173

В этой главе разъясняется, когда и как отправить нам счет, если вы хотите запросить возмещение затрат на покрываемые услуги и препараты.

Глава 7. Ваши права и обязанности..... 181

В этой главе разъясняются права и обязанности, которые есть у вас как у участника нашего плана. Здесь также рассказывается, что вы можете сделать, если считаете, что ваши права не соблюдаются.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы) 204

В этой главе даются подробные инструкции относительно действий, которые необходимо предпринять при возникновении проблем или вопросов, касающихся нашего плана.

- Объясняется, как запросить решение о страховом покрытии и подать апелляцию, если у вас возникают сложности с получением медицинской помощи или препарата, отпускаемого по рецепту, стоимость которых, по вашему мнению, покрывает план. Это касается и запросов об исключении из правил или отмене дополнительных ограничений по покрытию стоимости препаратов, отпускаемых по рецепту, а также запросов о продлении покрытия медицинского ухода и определенных типов медицинских услуг, если вы считаете, что это покрытие слишком краткосрочно.
- Объясняется, как подать жалобу относительно качества лечения, времени ожидания, обслуживания клиентов и по другим вопросам.

Глава 9. Завершение участия в плане 281

В этой главе объясняется, когда и как вы можете прекратить свое участие в плане. Разъясняются ситуации, при возникновении которых ваше участие в плане прекращается не по вашей инициативе.

Глава 10. Правовые уведомления 293

В этой главе содержатся уведомления о регулирующем законодательстве и неприемлемости дискриминации.

Глава 11. Определения важных терминов 299

В этой главе разъясняются ключевые термины, используемые в данной брошюре.

ГЛАВА 1

*Вводная информация для
участников плана*

Глава 1. Вводная информация для участников плана**Глава 1. Вводная информация для участников плана**

РАЗДЕЛ 1	Введение	11
Раздел 1.1	Вы зарегистрировались в Senior Care Options Program — специализированном плане Medicare Advantage (плане для лиц с особыми потребностями)	11
Раздел 1.2	Какая информация содержится в брошюре «Подтверждение страхового покрытия»?	12
Раздел 1.3	Правовая информация о документе «Подтверждение страхового покрытия»	12
РАЗДЕЛ 2	Кто имеет право на участие в плане	13
Раздел 2.1	Критерии участия.....	13
Раздел 2.2	Что такое части А и В программы Medicare.....	14
Раздел 2.3	Что такое MassHealth (Medicaid)	14
Раздел 2.4	Территория, на которой предоставляются услуги в рамках плана Senior Care Options Program	15
Раздел 2.5	Граждане США или законное разрешение на пребывание в США	16
РАЗДЕЛ 3	Сопутствующие материалы.....	16
Раздел 3.1	Карта участника плана — используйте ее для получения всех покрываемых медицинских услуг и препаратов, отпускаемых по рецепту	16
Раздел 3.2	<i>Справочник поставщиков услуг и аптек</i> : указатель всех поставщиков в сети плана.....	17
Раздел 3.3	<i>Список покрываемых препаратов (Формуляр)</i>	19
Раздел 3.4	<i>Обоснование страховых выплат по части D (Part D EOB)</i> : отчет с кратким описанием выплат за рецептурные препараты, покрываемые по части D	19
РАЗДЕЛ 4	Ежемесячный взнос за участие в плане Senior Care Options Program.....	20
Раздел 4.1	Размер взноса за участие в плане	20
Раздел 4.2	Способы оплаты штрафа за позднюю регистрацию в части D	22
Раздел 4.3	Возможность изменения размера ежемесячного страхового взноса по плану в течение года.....	22
РАЗДЕЛ 5	Следите за тем, чтобы ваше личное дело участника плана (единая карта участника плана) содержало актуальные сведения.....	23
Раздел 5.1	Способы проверки точности информации	23

Глава 1. Вводная информация для участников плана

РАЗДЕЛ 6	Мы защищаем конфиденциальность вашей личной информации о состоянии здоровья.....	24
Раздел 6.1	Мы гарантируем безопасность информации о состоянии вашего здоровья.....	24
РАЗДЕЛ 7	Взаимодействие других программ страхования с нашим планом	25
Раздел 7.1	Очередность выплат при наличии другой страховки.....	25

РАЗДЕЛ 1 Введение

Раздел 1.1	Вы зарегистрировались в Senior Care Options Program — специализированном плане Medicare Advantage (плане для лиц с особыми потребностями)
-------------------	--

Вы застрахованы по двум программам: Medicare и MassHealth (Medicaid):

- **Medicare** — это федеральная программа страхования здоровья для лиц в возрасте 65 лет и старше, некоторых лиц моложе 65 лет с ограниченными возможностями, а также лиц с терминальной стадией почечной недостаточности.
- **MassHealth (Medicaid)** является совместной программой федерального правительства и правительства штата, в рамках которой оказывается помощь по оплате медицинских расходов некоторым категориям лиц с низкими доходами и ограниченными ресурсами. Условия страхования по программе MassHealth (Medicaid) различаются в зависимости от штата и типа имеющейся страховки MassHealth (Medicaid). Некоторые участники MassHealth (Medicaid) могут получать помощь в оплате страховых взносов за участие в Medicare и других расходов. Определенным категориям лиц также могут оплачиваться дополнительные услуги и препараты, стоимость которых обычно не покрывается программой Medicare.

Вы решили получать медицинское обслуживание и покрытие рецептурных препаратов в рамках программ Medicare и MassHealth (Medicaid) с помощью нашего плана — Senior Care Options Program.

Существуют различные планы медицинского страхования Medicare. Senior Care Options Program — это специализированный план Medicare Advantage для лиц с особыми потребностями (Special Needs Plan). Это значит, что льготы по нему предназначены для людей с особыми потребностями в медицинском обслуживании. План Senior Care Options Program создан специально для людей, застрахованных по программе Medicare, которые также имеют право на участие в программе получения помощи от MassHealth (Medicaid).

Страховое покрытие в рамках этого плана является достаточным страховым покрытием (Qualifying Health Coverage, QHC) и удовлетворяет требованиям Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) в отношении совместной ответственности. Более подробную информацию можно получить на сайте Федеральной налоговой службы США (Internal Revenue Service, IRS): www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families .

Поскольку вы получаете помощь от MassHealth (Medicaid), вам не придется самостоятельно оплачивать медицинское обслуживание в рамках программ Medicare и MassHealth (Medicaid). Программа MassHealth (Medicaid) также покрывает дополнительные виды медицинского обслуживания, включая долгосрочный уход, услуги ухода на дому или по месту жительства и некоторые препараты, отпускаемые по рецепту, которые обычно не оплачиваются программой Medicare. Кроме того, вы будете получать помощь от Medicare по программе Extra Help для оплаты рецептурных препаратов,

Глава 1. Вводная информация для участников плана

покрываемых Medicare. План Senior Care Options Program предусматривает помощь в получении всех этих льгот, чтобы вы смогли пользоваться медицинским обслуживанием и финансовой поддержкой согласно условиям вашего страхового плана. Вам не придется самостоятельно оплачивать покрываемое медицинское обслуживание или препараты.

План Senior Care Options Program реализуется некоммерческой организацией. Как и все планы Medicare Advantage, данный план Medicare для людей с особыми потребностями одобрен Medicare. Данный план также заключил договор с программой MassHealth (Medicaid) штата Массачусетс/Исполнительного комитета по здравоохранению и социальному обеспечению (Commonwealth of Massachusetts/Executive Office of Health and Human Services MassHealth (Medicaid) program) для координации ваших льгот по программе MassHealth (Medicaid). Мы рады, что сможем предоставить вам покрытие стоимости медицинского обслуживания по программам Medicare и MassHealth (Medicaid), включая оплату препаратов, отпускаемых по рецепту, долгосрочную медицинскую помощь и предоставление услуг по месту проживания.

Раздел 1.2	Какая информация содержится в брошюре «Подтверждение страхового покрытия»?
-------------------	---

В брошюре «Подтверждение страхового покрытия» содержатся сведения о том, как получить медицинское обслуживание, предусмотренное программами Medicare и MassHealth (Medicaid), долгосрочное медицинское обслуживание, услуги надомного и социального обслуживания, в зависимости от обстоятельств, и покрытие стоимости отпускаемых по рецепту препаратов из списка нашего плана. В ней описаны ваши права и обязанности, а также указана стоимость участия в плане.

Слова «покрытие» и «покрываемые услуги» относятся к медицинскому обслуживанию, долгосрочному медицинскому обслуживанию, услугам надомного и социального обслуживания, в зависимости от обстоятельств, покрытию услуг и рецептурных препаратов, которые доступны вам как участнику плана Senior Care Options Program.

Вам необходимо изучить правила плана и ознакомиться с доступными услугами. Рекомендуем уделить некоторое время изучению брошюры «Подтверждение страхового покрытия».

Если вы что-то не поняли, в чем-либо сомневаетесь или же у вас возникли вопросы, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Раздел 1.3	Правовая информация о документе «Подтверждение страхового покрытия»
-------------------	--

Этот документ является частью нашего с вами договора

Подтверждение страхового покрытия является частью нашего с вами договора о покрытии медицинских услуг, оказываемых в рамках Senior Care Options Program. К остальным частям этого договора относятся регистрационная форма, *Список покрываемых*

Глава 1. Вводная информация для участников плана

препаратов (Формуляр) и все полученные вами уведомления об изменениях в покрытии или условиях, которые влияют на страховое покрытие. В некоторых случаях эти уведомления называются «дополнениями» или «поправками».

Договор действителен в течение срока вашего участия в плане Senior Care Options Program: с 1 января 2021 г. по 31 декабря 2021 г.

Каждый календарный год Medicare дает нам возможность внести изменения в планы, которые мы предлагаем. Это означает, что мы можем изменить стоимость участия и объем льгот, предоставляемых в рамках плана Senior Care Options Program после 31 декабря 2021 г. Также после 31 декабря 2021 г. мы можем прекратить предлагать данный план или предлагать его для другой территории обслуживания.

Каждый год наш план утверждается программой Medicare

Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) ежегодно утверждает план Senior Care Options Program. Являясь участником нашего плана, вы можете пользоваться страховым покрытием Medicare, пока мы предлагаем данный план и Medicare утверждает его.

Каждый год наш план утверждается в MassHealth (Medicaid)

Программа MassHealth (Medicaid) штата Массачусетс/Исполнительного комитета по здравоохранению и социальному обеспечению ежегодно утверждает наш план. Являясь участником нашего плана, вы можете продолжить пользоваться страховым покрытием MassHealth (Medicaid), пока мы предлагаем данный план на определенный год и MassHealth (Medicaid) штата Массачусетс/Исполнительного комитета по здравоохранению и социальному обеспечению утверждает его.

РАЗДЕЛ 2 Кто имеет право на участие в плане

Раздел 2.1	Критерии участия
-------------------	-------------------------

Стать участником плана можно при соблюдении следующих условий:

- вы являетесь участником программы Medicare, часть А и часть В (подробнее см. раздел 2.2);
- -- и -- вы проживаете на обслуживаемой нами территории (см. раздел 2.4);
- -- и -- вы являетесь гражданином Соединенных Штатов или на законных основаниях находитесь на территории Соединенных Штатов;
- -- и -- вы соответствуете особым критериям отбора, приведенным далее.

Глава 1. Вводная информация для участников плана

Особые критерии участия в плане

Наш план предназначен для лиц, получающих определенные льготы по программе MassHealth (Medicaid) — совместной программе федерального правительства и штата, в рамках которой оказывается помощь по возмещению медицинских расходов для определенной категории людей с низким доходом, не имеющих достаточных средств к существованию. Критерии участия в плане:

- возраст 65 лет или старше;
- участие в программе MassHealth Standard;
- на вас не распространяется шестимесячный период действия франшизы;
- вы не являетесь пациентом учреждения для лиц с задержкой в умственном развитии, нуждающихся в уходе и рутинных медицинских услугах;
- вы не проходите стационарное лечение в больнице для лечения хронических заболеваний или реабилитационной больнице.

Обратите внимание: если вы больше не соответствуете критериям для участия, но есть основания предполагать, что в течение одного (1) месяца вы восстановите право на участие в плане, вы сохраняете за собой право на участие (см. информацию о покрытии и распределении затрат в течение этого периода предполагаемого дальнейшего участия в главе 4, раздел 2.1).

Раздел 2.2 Что такое части А и В программы Medicare

При первой регистрации в программе Medicare вы получаете информацию о том, стоимость каких услуг покрывается частями А и В программы Medicare. Обратите внимание:

- Часть А программы Medicare покрывает, в основном, стоимость услуг, предоставляемых больницами (услуги стационаров, учреждений с квалифицированным сестринским уходом и агентств по уходу на дому).
- Часть В программы Medicare предназначена для покрытия большинства прочих медицинских услуг (например, услуг терапевта, инфузионной терапии на дому и прочих услуг амбулаторного лечения), а также определенных товаров (например, медицинского оборудования длительного пользования (DME) и расходных материалов).

Раздел 2.3 Что такое MassHealth (Medicaid)

MassHealth (Medicaid) является совместной программой федерального правительства и правительства штата, в рамках которой оказывается помощь по оплате медицинских расходов и расходов на долговременный уход для определенной категории граждан с низким доходом, не имеющих достаточных средств к существованию. Каждый штат самостоятельно определяет категории доходов и средств к существованию, критерии

Глава 1. Вводная информация для участников плана

отбора участников, перечень покрываемых услуг и их стоимость, а также способ осуществления программы с соблюдением федеральных правил.

Кроме того, через MassHealth (Medicaid) предлагаются некоторые программы, помогающие участникам Medicare оплачивать расходы по программе Medicare, например страховые взносы. Перечисленные ниже программы, называемые «Medicare Savings Programs», ежегодно помогают экономить средства людям с низкими доходами:

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB):** Помощь при оплате страховых взносов по программе Medicare (части А и В), а также совместная оплата других расходов (например, франшиз, взносов совместного страхования и доплат). Некоторым участникам программы QMB также предоставляется полный спектр льгот Medicaid (QMB+).
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB):** Помощь в оплате страховых взносов за участие в части В программы Medicare. Некоторым участникам программы SLMB также предоставляется полный спектр льгот Medicaid (SLMB+).

Раздел 2.4	Территория, на которой предоставляются услуги в рамках плана Senior Care Options Program
-------------------	---

Несмотря на то что Medicare является федеральной программой, план Senior Care Options Program доступен только для людей, проживающих в пределах территории обслуживания. Чтобы оставаться участником нашего плана, необходимо и в дальнейшем проживать на территории, где предоставляются услуги. Описание территории обслуживания приведено далее.

Наша территория обслуживания охватывает **ВСЕ ГОРОДА И НАСЕЛЕННЫЕ ПУНКТЫ С ПОЧТОВЫМИ ОТДЕЛЕНИЯМИ** в следующих округах штата Массачусетс: Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk и Worcester.

В настоящее время мы не обслуживаем округа Barnstable, Berkshire и Dukes.

Глава 1. Вводная информация для участников плана

Если вы планируете переехать за пределы территории обслуживания, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). При переезде для вас будет действовать особый период регистрации, в течение которого вы сможете перейти на программу Original Medicare или зарегистрироваться в плане медицинского страхования или обеспечения рецептурными препаратами Medicare, доступном в новом месте проживания. Если вы переедете в район штата, не относящийся к нашей территории обслуживания, вы сможете продолжать пользоваться страховкой MassHealth (Medicaid).

При переезде или смене почтового адреса также необходимо позвонить в Управление социального обеспечения (Social Security). Номера телефонов и контактная информация Управления социального обеспечения приведены в разделе 5 главы 2.

Раздел 2.5	Граждане США или законное разрешение на пребывание в США
-------------------	---

Участник плана медицинского страхования Medicare должен быть гражданином США или иметь законное разрешение на пребывание в Соединенных Штатах. Представители Medicare (центры обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid, CMS) направят уведомление в план Senior Care Options Program, если вы не имеете права оставаться участником программы по причине несоответствия указанному критерию. Если данное условие не соблюдено, вы подлежите исключению из плана Senior Care Options Program.

РАЗДЕЛ 3 Сопутствующие материалы

Раздел 3.1	Карта участника плана — используйте ее для получения всех покрываемых медицинских услуг и препаратов, отпускаемых по рецепту
-------------------	---

Являясь участником нашего плана, вы должны пользоваться картой участника при получении любых услуг, покрываемых этим планом, а также при получении в сетевых аптеках препаратов, отпускаемых по рецепту. Кроме того, вам следует предъявлять поставщикам услуг вашу карту участника MassHealth (Medicaid). Вот так будет выглядеть ваша карта участника:

Глава 1. Вводная информация для участников плана

Являясь участником нашего плана, вы НЕ ДОЛЖНЫ использовать красно-бело-синюю карту Medicare для получения покрываемых медицинских услуг. Если вы используете карту Medicare вместо карты участника Senior Care Options Program, возможно, вам придется оплатить полную стоимость медицинских услуг самостоятельно. Храните карту Medicare в надежном месте. Вас могут попросить предъявить ее, если вы нуждаетесь в услугах больницы, хосписа или если вы участвуете в плановых исследованиях.

Почему это важно. Если для получения покрываемых услуг вы, будучи участником плана, используете красно-бело-синюю карту Medicare вместо карты участника Senior Care Options Program, возможно, вам придется оплатить полную стоимость этих услуг самостоятельно.

В случае повреждения, утери или кражи карты участника плана незамедлительно обратитесь в службу поддержки участников, и мы отправим вам новую карту (номера телефонов службы поддержки участников указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Раздел 3.2**Справочник поставщиков услуг и аптек: указатель всех поставщиков в сети плана**

Справочник поставщиков услуг и аптек (Provider & Pharmacy Directory) — это перечень всех сетевых поставщиков и поставщиков медицинского оборудования длительного пользования, а также перечень всех сетевых аптек. Он также включает поставщиков, принимающих участие в программе MassHealth (Medicaid).

Значение термина «сетевой поставщик»

Сетевые поставщики — это врачи, стоматологи и другие медицинские работники, медицинские группы, поставщики медицинского оборудования длительного пользования, больницы, поставщики услуг и учреждения долгосрочного ухода, поставщики услуг на дому и на базе учреждения по месту жительства, а также прочие медицинские учреждения, которые на основании договора с нами согласились принимать перечисляемые нами платежи и доплату, которую вы вносите на основании обязательств по совместному покрытию затрат, в качестве полной оплаты своих услуг. С этими поставщиками имеется

Глава 1. Вводная информация для участников плана

договоренность о предоставлении покрываемых услуг участникам нашего плана. Последняя редакция списка поставщиков услуг и аптек доступна на нашем веб-сайте по адресу www.CommonwealthCareSCO.org.

Вам следует знать, какие поставщики входят в нашу сеть

Знать поставщиков, которые входят в нашу сеть, необходимо, потому что, помимо немногих исключений, вы как участник плана должны пользоваться услугами сетевых поставщиков для получения медицинского ухода и услуг. Исключения составляют экстренные случаи, когда требуется неотложная медицинская помощь в местах, где нет сетевого поставщика (как правило, за пределами территории обслуживания), проведение диализа за пределами территории обслуживания, а также случаи, когда Senior Care Options Program допускает использование услуг внесетевых поставщиков. Подробную информацию об экстренных случаях, возмещении стоимости услуг внесетевых поставщиков и покрытии за пределами территории обслуживания см. в главе 3 (*Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана*).

Если у вас нет экземпляра *Справочника поставщиков услуг и аптек*, его можно заказать в службе поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). В службе поддержки участников можно узнать дополнительную информацию о сетевых поставщиках, в том числе об их квалификации. *Справочник поставщиков услуг и аптек* также можно просмотреть или загрузить на сайте www.CommonwealthCareSCO.org. В службе поддержки участников и на этом веб-сайте можно получить самую актуальную информацию об изменениях в сети наших поставщиков.

Значение термина «сетевая аптека»

Сетевые аптеки — это аптеки, которые согласились отпускать участникам нашего плана покрываемые рецептурные препараты.

Вам следует знать, какие аптеки входят в нашу сеть

С помощью *Справочника поставщиков услуг и аптек* можно найти сетевую аптеку, услугами которой вы хотите пользоваться. В следующем году в нашей сети аптек произойдут некоторые изменения. Обновленный Справочник аптек размещен на нашем сайте www.CommonwealthCareSCO.org. Вы также можете позвонить в службу поддержки участников, чтобы узнать об изменениях или попросить вас выслать Справочник аптек.

Ознакомьтесь со Справочником аптек на 2021 год, чтобы узнать, какие аптеки входят в нашу сеть.

Если у вас нет экземпляра *Справочника поставщиков услуг и аптек*, его можно заказать в службе поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Актуальную информацию об изменениях в сети аптек можно получить в любое время, обратившись в службу поддержки участников. Эта информация также приведена на нашем сайте www.CommonwealthCareSCO.org.

Раздел 3.3 Список покрываемых препаратов (Формуляр)

В плане имеется *Список покрываемых препаратов (Формуляр) (List of Covered Drugs, Formulary)*. Для краткости мы называем его «Списком препаратов» (Drug List). В нем указывается, какие отпускаемые по рецепту препараты покрываются планом Senior Care Options Program в рамках части D. Кроме препаратов, покрываемых по части D, есть ряд препаратов, покрытие которых предоставляется по программе MassHealth (Medicaid). В Списке препаратов указано, как выяснить, стоимость каких препаратов покрывается по программе MassHealth (Medicaid).

Этот список составлен представителями плана при участии врачей и фармацевтов. Список отвечает требованиям, установленным Medicare. Список препаратов плана Senior Care Options Program утвержден в Medicare.

Кроме того, в Списке препаратов указаны правила, ограничивающие покрытие определенных препаратов.

Наиболее полную и актуальную информацию о покрываемых препаратах вы найдете на веб-сайте плана по адресу www.CommonwealthCareSCO.org или можете получить в службе поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Вы также можете попросить направить вам *Список покрываемых препаратов (Формуляр)* по почте.

Раздел 3.4 Обоснование страховых выплат по части D (Part D EOB): отчет с кратким описанием выплат за рецептурные препараты, покрываемые по части D

Каждый раз после того, как вы пользуетесь льготами на рецептурные препараты, покрываемые по части D, мы отправляем вам отчет о платежах. Этот отчет называется «*Обоснование страховых выплат по части D*» (или Part D EOB).

В нем указана общая сумма, уплаченная вами или вашим представителем за рецептурные препараты, покрываемые по части D, а также общая сумма, уплаченная нами за месяц за каждый ваш рецептурный препарат, покрываемый по части D. Отчет Part D EOB предоставляет более подробную информацию о принимаемых вами лекарственных препаратах, например об увеличении стоимости или наличии других препаратов, относящихся к более низкому уровню разделения затрат. Возможность применения препаратов, относящихся к более низкому уровню разделения затрат, следует обсудить с выписывающим рецепт врачом. В главе 5 (*Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D*) содержится более подробная информация об отчете «*Обоснование страховых выплат*» и о том, как с его помощью можно отслеживать покрытие препаратов.

Глава 1. Вводная информация для участников плана

«Обоснование страховых выплат по части D» можно также получить по запросу. Чтобы получить экземпляр этого отчета, обращайтесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

РАЗДЕЛ 4 Ежемесячный взнос за участие в плане Senior Care Options Program

Раздел 4.1	Размер взноса за участие в плане
-------------------	---

Вам не нужно отдельно делать ежемесячные взносы за участие в плане Senior Care Options Program. Тем не менее, вы должны продолжать оплачивать страховые взносы за участие в части В программы Medicare (кроме случаев, когда они оплачиваются программой MassHealth (Medicaid) или иной третьей стороной).

В некоторых случаях размер страхового взноса может быть увеличен

В некоторых случаях взносы за участие в плане могут превышать сумму, указанную выше в разделе 4.1. Такие случаи описаны ниже.

- Некоторые участники должны оплатить **штраф за позднюю регистрацию** по части D, если они не присоединились к плану Medicare, покрывающему расходы на лекарства, когда впервые получили такую возможность, или же если на протяжении продолжительного периода (63 дня или более) у них не было «зачитываемого» покрытия отпускаемых по рецепту препаратов («зачитываемое» означает покрытие лекарственных препаратов, оплата по которому в среднем составляет не менее суммы, предусмотренной стандартным покрытием рецептурных препаратов по программе Medicare.) В таком случае сумма штрафа за позднюю регистрацию в части D плана добавляется к ежемесячному взносу за участие в плане. Размер общего взноса рассчитывается суммированием ежемесячного взноса и штрафа за позднюю регистрацию в части D.
 - Если вы получаете от Medicare дополнительную помощь по программе Extra Help для компенсации стоимости отпускаемых по рецепту препаратов, вам не придется оплачивать штраф за позднюю регистрацию.
 - Если вы лишитесь льгот по программе Extra Help, вам придется ежемесячно платить штраф за позднюю регистрацию, если на протяжении 63 дней или более у вас не будет покрытия по части D или иного «зачитываемого» покрытия препаратов, отпускаемых по рецепту.
 - Если с вас потребуют уплаты штрафа за позднюю регистрацию в части D, размер штрафа будет зависеть от срока, в течение которого вы не регистрировались в части D или не имели «зачитываемого» покрытия отпускаемых по рецепту препаратов.
- Для некоторых участников может потребоваться внесение дополнительной платы — так называемой суммы ежемесячной коррекции оплаты по части D на основании

Глава 1. Вводная информация для участников плана

дохода (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA), в случаях если сумма скорректированного валового дохода в их налоговой декларации Федеральной налоговой службы США двухлетней давности превысила определенное значение. Такие участники оплачивают стандартный страховой взнос и в дополнение к нему – сумму IRMAA.

Некоторые участники должны делать другие страховые взносы Medicare

Некоторые участники должны делать другие страховые взносы Medicare. Как говорилось ранее в разделе 2, для участия в нашем плане необходимо постоянно соответствовать критериям участия в MassHealth (Medicaid), а также иметь право на страховое покрытие в рамках части А Medicare и быть участником Medicare, часть В. Для большинства участников плана Senior Care Options Program программа MassHealth (Medicaid) покрывает страховые взносы за участие в части А (если вы не входите в эту группу автоматически) и страховые взносы за участие в части В. Если по страховке MassHealth (Medicaid) ваши страховые взносы в Medicare не оплачиваются, вам необходимо и впредь вносить страховые взносы за участие в программе Medicare, чтобы сохранить свое участие в плане.

- В случае если сумма скорректированного валового дохода, заявленная в вашей налоговой декларации Федеральной налоговой службы США два года назад, превысила определенное значение, вам необходимо внести стандартный страховой взнос, а также сумму ежемесячной коррекции на основании дохода (IRMAA). IRMAA оплачивается дополнительно к вашему страховому взносу. Если вам необходимо уплатить дополнительный взнос, вы получите письмо из Управления социального обеспечения (**не от представителя плана Medicare**), в котором будет обозначена сумма этого взноса. Если при определенных жизненных обстоятельствах ваш доход снизится, вы сможете обратиться в Управление социального обеспечения с просьбой пересмотреть принятое решение.
- **Если вы обязаны платить дополнительную сумму, но не делаете этого, вы будете отчислены из плана.**
- Вы также можете посетить сайт www.medicare.gov или позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Также вы можете обратиться в Управление социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-325-0778.

В вашем экземпляре справочника *Medicare & You* («Medicare и вы») на 2021 год содержится информация об этих страховых взносах (см. раздел «Расходы по программе Medicare в 2021 году»). Каждый участник плана Medicare ежегодно осенью получает экземпляр справочника *Medicare & You*. Новые участники получают его в течение месяца после регистрации. Справочник *Medicare & You* на 2021 год также можно загрузить на сайте Medicare (www.medicare.gov). Вы также можете заказать печатный экземпляр по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Глава 1. Вводная информация для участников плана**Раздел 4.2 Способы оплаты штрафа за позднюю регистрацию в части D**

Есть два способа оплаты штрафа за позднюю регистрацию в части D. За дополнительной информацией обращайтесь в службу поддержки участников (номера телефонов службы поддержки участников указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Если вы решили изменить способ оплаты штрафа за позднюю регистрацию в части D, для вступления в действие нового способа оплаты может потребоваться до трех месяцев. Пока мы обрабатываем ваш запрос, вы несете ответственность за своевременную оплату штрафа за позднюю регистрацию в части D плана.

Вариант 1. Оплата чеком

Штрафы не будут применяться к вам, поскольку они покрываются программами Medicare и MassHealth (Medicaid). За дополнительной информацией о необходимости оплаты штрафа и размере ежемесячного штрафного платежа обращайтесь в службу поддержки участников (номера телефонов службы поддержки участников указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Вариант 2. Вычитание суммы штрафа за позднюю регистрацию из ежемесячного пособия от Управления социального обеспечения

Оплатить штраф за позднюю регистрацию в части D плана можно за счет вашего ежемесячного пособия от Управления социального обеспечения. За дополнительной информацией о таком способе оплаты ежемесячного штрафа обращайтесь в службу поддержки участников. Мы с радостью поможем вам (номера телефонов службы поддержки участников указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Что делать при возникновении проблем с оплатой штрафа за позднюю регистрацию в части D

Если вам не удалось своевременно оплатить штраф за позднюю регистрацию в части D, обратитесь в службу поддержки участников. Мы постараемся направить вас к специалистам, которые помогут решить данный вопрос (номера телефонов службы поддержки участников указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Раздел 4.3 Возможность изменения размера ежемесячного страхового взноса по плану в течение года

Такой возможности нет. В течение года мы не можем менять размер ежемесячных страховых взносов по плану. Если в следующем году размер ежемесячного взноса будет изменен, мы сообщим вам об этом в сентябре, а изменение вступит в силу 1 января.

РАЗДЕЛ 5 Следите за тем, чтобы ваше личное дело участника плана (единая карта участника плана) содержало актуальные сведения

Раздел 5.1 Способы проверки точности информации
--

В вашем личном деле участника (единой карте участника) содержится информация из вашей регистрационной формы, в том числе адрес и номер телефона. В ней указаны конкретные сведения о вашем страховом покрытии, в том числе о поставщике первичных медицинских услуг.

Врачам, больницам, фармацевтам и прочим поставщикам, входящим в сеть плана, необходимо иметь достоверную информацию о вас. **Все эти сетевые поставщики используют ваше личное дело участника плана (единую карту участника), чтобы получать информацию о том, какие услуги и препараты покрываются, а также какие размеры доплаты были определены для вас.** Поэтому крайне необходимо, чтобы сведения о вас были актуальными, а для этого нам требуется ваше содействие.

Сообщайте нам о следующих изменениях:

- Изменение имени (фамилии), адреса или номера телефона
- Изменения в других программах страхования здоровья, в которых вы зарегистрированы (например, в программах, предоставляемых вашим работодателем или работодателем супруга (-и), в программах выплаты компенсаций работникам, а также в программе MassHealth (Medicaid))
- Наличие претензий по страхованию, например претензий при ДТП
- Поступление в центр сестринского ухода
- Получение медицинской помощи в больнице или отделении срочной медицинской помощи, которые находятся за пределами нашей территории обслуживания или не входят в нашу сеть
- Изменение ответственной стороны (например, лица, осуществляющего уход)
- Участие в клиническом исследовании

При наличии каких-либо изменений в этих сведениях сообщите о них, обратившись в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

При переезде или смене почтового адреса также необходимо обратиться в Управление социального обеспечения. Номера телефонов и контактная информация Управления социального обеспечения приведены в разделе 5 главы 2.

Глава 1. Вводная информация для участников плана

При смене имени, адреса или изменении других сведений крайне важно сообщить об этом в отделение MassHealth (Medicaid). Этому агентству необходима правильная информация о вас, чтобы извещать вас о ваших правах и прочих важных моментах, которые могут повлиять на ваше участие в плане. Номера телефонов указаны в разделе 6 главы 2 данной брошюры.

Ознакомьтесь с отправленной вам информацией о других программах страхования, в которых вы участвуете

По требованию Medicare мы обязаны получать от вас информацию о других программах страхования, покрывающих расходы на медицинские услуги и лекарства, в которых вы участвуете. Это нужно для того, чтобы мы могли скоординировать льготы, предоставляемые вам в рамках иного страхового покрытия, и льготы, предоставляемые по нашему плану (дополнительную информацию о принципе действия страхового покрытия при наличии другой страховки см. в разделе 7 этой главы).

Один раз в год мы высылаем вам письмо с информацией обо всех известных нам программах медицинского страхования и программах по обеспечению лекарственными препаратами, участником которых вы являетесь. Внимательно ознакомьтесь с информацией, изложенной в этом документе. Если информация указана верно, вам ничего не нужно делать. Если же информация указана неверно, либо в письме отсутствует информация о какой-либо страховой программе, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

РАЗДЕЛ 6 Мы защищаем конфиденциальность вашей личной информации о состоянии здоровья

Раздел 6.1 Мы гарантируем безопасность информации о состоянии вашего здоровья
--

Конфиденциальность медицинской документации и информации о здоровье участников плана охраняется федеральными законами и законами штата. Мы защищаем информацию о здоровье участников плана, как того требуют законы.

Дополнительную информацию о том, как обеспечивается защита персональной информации о состоянии вашего здоровья, см. в разделе 1.4 главы 7 данной брошюры.

РАЗДЕЛ 7 Взаимодействие других программ страхования с нашим планом

Раздел 7.1 Очередность выплат при наличии другой страховки
--

Если у вас есть другая страховка (например, групповое медицинское страхование от работодателя), очередность выплаты согласно нашему плану или другой страховке определяется правилами, установленными Medicare. Страховая компания, по полису которой выплата производится в первую очередь, называется основным плательщиком, и соответствующая выплата производится вплоть до максимального установленного лимита покрытия. Страховая компания, по полису которой выплата производится во вторую очередь, называется вторичным плательщиком, и соответствующая выплата производится только в том случае, если сумма, выплаченная первичным плательщиком, не покрывает всех затрат. Вторичный плательщик может покрыть не все оставшиеся затраты.

Следующие правила применяются, если вы пользуетесь программами группового медицинского страхования, предоставляемыми работодателями или профсоюзами:

- Если вы пользуетесь пенсионным страхованием, основную выплату осуществляет Medicare.
- Если программа группового медицинского страхования предоставлена вам или члену вашей семьи работодателем, очередность выплат зависит от вашего возраста, размера компании-работодателя, а также от того, на каком основании вы участвуете в программе Medicare: возраст, нетрудоспособность или терминальная стадия почечной недостаточности:
 - Если вам менее 65 лет и вы нетрудоспособны, но при этом вы или член вашей семьи работает, то основная выплата производится по программе группового медицинского страхования при условии, что численность работников у соответствующего работодателя (либо у одного из работодателей, участвующих в общем плане) составляет 100 или более человек.
 - Если вам более 65 лет и вы или ваш (-а) супруг (-а) работает, то основная выплата производится по программе группового медицинского страхования при условии, что численность работников у соответствующего работодателя (либо у одного из работодателей, участвующих в общем плане) составляет 20 или более человек.
- Если основанием для участия в программе Medicare является почечная недостаточность, то основная выплата производится по вашему групповому медицинскому страхованию в течение первых 30 месяцев с момента утверждения вашего участия в программе Medicare.

Типы страховых полисов, по которым производится основная оплата соответствующих услуг:

Глава 1. Вводная информация для участников плана

- страхование независимо от вины (включая автострахование);
- ответственность (включая автострахование);
- льготы при антракозе;
- пособие по нетрудоспособности.

Выплаты по программам MassHealth (Medicaid) и TRICARE за услуги, покрываемые Medicare, никогда не осуществляются в первую очередь. Оплата поступает только после выплат Medicare и/или планов группового медицинского страхования, в которых участвует работодатель.

Если вы пользуетесь другими страховками, сообщите об этом своему врачу, в больнице и в аптеке. При наличии вопросов об очередности выплат, а также для того, чтобы сообщить новые сведения о других страховках, которыми вы пользуетесь, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Возможно, вам нужно будет сообщить свой номер участника плана страхования другим страховым компаниям (делайте это, только если вы уверены в их подлинности), чтобы обеспечить правильность и своевременность оплаты ваших счетов.

ГЛАВА 2

*Важные номера телефонов
и другая полезная информация*

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация

РАЗДЕЛ 1	План Senior Care Options Program — контактная информация (как связаться с нами, в том числе со службой поддержки участников плана)	29
РАЗДЕЛ 2	Medicare (получение помощи и информации непосредственно у представителей федеральной программы Medicare)	34
РАЗДЕЛ 3	Программа State Health Insurance Assistance Program (бесплатная помощь, информация и ответы на вопросы о программе Medicare)	36
РАЗДЕЛ 4	Организация по повышению качества обслуживания (Quality improvement organization, QIO) (финансируется за счет средств Medicare; занимается проверкой качества обслуживания участников программы)	37
РАЗДЕЛ 5	Управление социального обеспечения	38
РАЗДЕЛ 6	MassHealth (Medicaid) (совместная программа федерального правительства и правительства штата, в рамках которой оказывается помощь по оплате медицинских расходов некоторым категориям лиц с низкими доходами и ограниченными ресурсами)	39
РАЗДЕЛ 7	Информация о программах помощи в оплате препаратов, отпускаемых по рецепту	41
РАЗДЕЛ 8	Как связаться с Советом по пенсионному обеспечению железнодорожников	44
РАЗДЕЛ 9	Если вы пользуетесь льготами группового медицинского страхования или другой медицинской страховки, предоставляемой работодателем	45
РАЗДЕЛ 10	Получение помощи при обращении в справочную службу Nurse Advice Call Line	45

РАЗДЕЛ 1 План Senior Care Options Program — контактная информация (как связаться с нами, в том числе со службой поддержки участников плана)

Способы связи со службой поддержки участников

По всем вопросам, касающимся претензий, счетов или карт участников, обращайтесь в службу поддержки участников плана Senior Care Options Program по телефону или по почте. Мы с радостью поможем вам.

Способ связи	Служба поддержки участников — контактная информация
ТЕЛЕФОН	1-866-610-2273 Звонки по этому номеру бесплатны. С 1 октября по 31 марта: с 8:00 до 20:00, без выходных. С 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу и в воскресенье с 8:00 до 18:00. Служба поддержки участников также предлагает бесплатные переводческие услуги для лиц, не говорящих по-английски.
TTY	711 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки по этому номеру бесплатны. С 1 октября по 31 марта: с 8:00 до 20:00, без выходных. С 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу и в воскресенье с 8:00 до 18:00.
ФАКС	617-426-1311
АДРЕС ДЛЯ ПИСЬМЕННОЙ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	Commonwealth Care Alliance, 30 Winter Street Boston, MA 02108
САЙТ	www.CommonwealthCareSCO.org

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация**Как связаться с нами, чтобы запросить решение о страховом покрытии, подать апелляцию или жалобу относительно медицинского обслуживания**

Решение о страховом покрытии— это решение, которое мы принимаем относительно ваших льгот и страхового покрытия или относительно суммы, которая будет уплачена нами за оказанные вам медицинские услуги. Дополнительную информацию относительно запросов решений о страховом покрытии стоимости медицинских услуг или препаратов см. в главе 8 («Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)»).

Апелляция — это официальное обращение к нам с просьбой пересмотреть принятое решение о страховом покрытии. Дополнительную информацию о подаче апелляций относительно медицинского обслуживания см. в главе 8 («Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)»).

Вы можете подать жалобу (в том числе о качестве обслуживания) на нас или нашего сетевого поставщика. При таком типе жалобы не рассматриваются споры о покрытии или выплатах (если проблема связана со страховым покрытием или выплатами в рамках плана, необходимо подать апелляцию, как описано ранее в этом разделе). Дополнительную информацию о подаче жалоб относительно качества медицинского обслуживания см. в главе 8 («Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)»).

Если у вас возникнут вопросы, касающиеся процесса принятия решений о страховом покрытии, апелляциях или жалоб относительно медицинского обслуживания, свяжитесь с нами.

Способ связи	Решения о страховом покрытии, апелляции и жалобы относительно медицинского обслуживания— контактная информация
ТЕЛЕФОН	1-866-610-2273 Звонки по этому номеру бесплатны. С 1 октября по 31 марта: с 8:00 до 20:00, без выходных. С 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу и в воскресенье с 8:00 до 18:00. Чтобы связаться с дежурным врачом-клиницистом в нерабочее время, звоните по указанному выше номеру.
TTY	711 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки по этому номеру бесплатны.
ФАКС	857-453-4517

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация

АДРЕС ДЛЯ ПИСЬМЕННОЙ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	Commonwealth Care Alliance, 30 Winter Street Boston, MA 02108
САЙТ	www.CommonwealthCareSCO.org
САЙТ MEDICARE	Жалобу касательно услуг, предоставляемых по плану Senior Care Options Program, можно подать непосредственно в Medicare. Чтобы подать жалобу в Medicare, воспользуйтесь ссылкой www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Как связаться с нами, чтобы запросить решение о страховом покрытии или подать жалобу относительно рецептурных препаратов, покрываемых по части D

Решение о страховом покрытии — это решение, которое мы принимаем относительно ваших льгот и страхового покрытия или относительно суммы, которая будет уплачена нами за рецептурные препараты, покрываемые планом по части D. Дополнительную информацию касательно решения о страховом покрытии рецептурных препаратов, покрываемых по части D, см. в главе 8 («*Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)*»).

Вы можете подать жалобу (в том числе о качестве обслуживания) на нас или нашу сетевую аптеку. При таком типе жалобы не рассматриваются споры о покрытии или выплатах (если проблема связана со страховым покрытием или выплатами в рамках плана, необходимо подать апелляцию, как описано ранее в этом разделе). Дополнительную информацию о подаче жалоб касательно рецептурных препаратов, покрываемых по части D, см. в главе 8 («*Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)*»).

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация

Способ связи	Решения о страховом покрытии и жалобы относительно рецептурных препаратов, покрываемых по части D — контактная информация
ТЕЛЕФОН	<p>1-866-610-2273</p> <p>Звонки по этому номеру бесплатны.</p> <p>С 1 октября по 31 марта: с 8:00 до 20:00, без выходных.</p> <p>С 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу и в воскресенье с 8:00 до 18:00.</p> <p>Чтобы связаться с дежурным врачом-клиницистом в нерабочее время, звоните по указанному выше номеру.</p>
ТТУ	<p>711</p> <p>Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование.</p> <p>Звонки по этому номеру бесплатны.</p> <p>С 1 октября по 31 марта: с 8:00 до 20:00, без выходных.</p> <p>С 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу и в воскресенье с 8:00 до 18:00.</p> <p>Чтобы связаться с дежурным врачом-клиницистом в нерабочее время, звоните по указанному выше номеру.</p>
ФАКС	1-857-453-4517
АДРЕС ДЛЯ ПИСЬМЕННОЙ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	Commonwealth Care Alliance, 30 Winter Street, Boston, MA 02108
САЙТ	www.CommonwealthCareSCO.org
САЙТ MEDICARE	<p>Жалобу касательно услуг, предоставляемых в рамках плана Senior Care Options Program, можно подать непосредственно в Medicare. Чтобы подать интерактивную жалобу в Medicare, перейдите по адресу</p> <p>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация**Как связаться с нами, чтобы подать апелляцию относительно рецептурных препаратов, предусмотренных частью D**

Апелляция — это официальное обращение к нам с просьбой пересмотреть принятое решение о страховом покрытии. Дополнительную информацию о подаче апелляции касательно рецептурных препаратов, предусмотренных частью D, см. в главе 8 («Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)»).

Способ связи	Апелляции относительно рецептурных препаратов, предусмотренных частью D — контактная информация
ТЕЛЕФОН	1-866-610-2273 Звонки по этому номеру бесплатны. С 1 октября по 31 марта: с 8:00 до 20:00, без выходных. С 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу и в воскресенье с 8:00 до 18:00. Чтобы связаться с дежурным врачом-клиницистом в нерабочее время, звоните по указанному выше номеру.
ТТУ	711 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки по этому номеру бесплатны. с 8:00 до 20:00, без выходных. Чтобы связаться с дежурным врачом-клиницистом в нерабочее время, звоните по указанному выше номеру.
ФАКС	1-857-453-4517
АДРЕС ДЛЯ ПИСЬМЕННОЙ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	Commonwealth Care Alliance, Attn.: Pharmacy Department, 30 Winter Street, Boston, MA 02108
САЙТ	www.CommonwealthCareSCO.org

Куда обращаться касательно компенсации нашей части расходов на медицинское обслуживание или приобретенные препараты

Дополнительную информацию о случаях, когда у вас может возникнуть необходимость обратиться к нам с просьбой о возмещении затрат или оплате счетов, полученных от поставщика, см. в главе 6 («Подача запроса об оплате счета за покрываемые медицинские услуги или препараты»).

Обратите внимание: Если мы отклоним ваш запрос о полной или частичной оплате, вы можете подать апелляцию на наше решение. Дополнительную информацию см. в главе 8

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация

(«Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)»).

Способ связи	Запрос об оплате — контактная информация
ТЕЛЕФОН	1-866-610-2273 Звонки по этому номеру бесплатны. С 1 октября по 31 марта: с 8:00 до 20:00, без выходных. С 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу и в воскресенье с 8:00 до 18:00.
ТТУ	711 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки по этому номеру бесплатны. С 1 октября по 31 марта: с 8:00 до 20:00, без выходных. С 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу и в воскресенье с 8:00 до 18:00.
ФАКС	617-426-1311
АДРЕС ДЛЯ ПИСЬМЕННОЙ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	Commonwealth Care Alliance, 30 Winter Street Boston, MA 02108
САЙТ	www.CommonwealthCareSCO.org

РАЗДЕЛ 2 Medicare (получение помощи и информации непосредственно у представителей федеральной программы Medicare)

Medicare является федеральной программой страхования здоровья для лиц в возрасте 65 лет и старше, для лиц моложе 65 лет, имеющих инвалидность, и для лиц с терминальной стадией почечной недостаточности (постоянная почечная недостаточность, при которой требуется диализ или пересадка).

Работой программы Medicare руководит федеральное агентство под названием «Центры обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid» (Centers for Medicare & Medicaid Services, сокращенно — CMS). Это агентство заключает договоры с организациями, предлагающими планы Medicare Advantage, в том числе и с нами.

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация

Способ связи	Программа Medicare — контактная информация
ТЕЛЕФОН	1-800-MEDICARE или 1-800-633-4227 Звонки по этому номеру бесплатны. Линия доступна круглосуточно и без выходных.
TTY	1-877-486-2048 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки по этому номеру бесплатны.
САЙТ	www.medicare.gov Это адрес официального сайта государственной программы Medicare, на котором размещается актуальная информация о самой программе и касающихся ее текущих вопросах. Кроме того, на сайте представлена информация о больницах, центрах сестринского ухода, врачах, агентствах по уходу на дому и учреждениях, проводящих диализ. На нем имеются брошюры, которые можно напечатать непосредственно с компьютера. Вы также можете найти контактную информацию для связи с представителями Medicare в вашем штате. Кроме того, на сайте Medicare вы найдете подробную информацию о критериях участия в программе, а также о доступных вариантах регистрации. Вы можете использовать несколько полезных инструментов, описанных ниже. <ul style="list-style-type: none">• Инструмент проверки соответствия критериям участия в программе Medicare (Medicare Eligibility Tool): С его помощью вы можете определить, имеете ли вы право на участие в данной программе.• Инструмент поиска плана Medicare (Medicare Plan Finder): Предоставляет персонализированную информацию о доступных планах Medicare для компенсации стоимости отпускаемых по рецепту препаратов, а также о планах медицинского страхования Medicare и полисах Medigap (Medicare Supplement Insurance), доступных в вашем регионе. Эти инструменты помогут вам предварительно оценить размер собственных затрат при участии в разных планах Medicare.

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация

Способ связи	Программа Medicare — контактная информация
САЙТ (продолжение)	<p>С помощью сайта можно также отправлять в Medicare жалобы относительно плана Senior Care Options Program:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Как отправить жалобу в Medicare. Жалобу касательно услуг, предоставляемых в рамках плана Senior Care Options Program, можно подать непосредственно в Medicare. Для этого перейдите по ссылке www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. В Medicare внимательно и серьезно относитесь к поступающим жалобам, и полученная информация используется для повышения качества обслуживания. <p>Если у вас нет компьютера, обратитесь в местную библиотеку или центр обслуживания пожилых людей и воспользуйтесь их компьютером, чтобы посетить сайт. Можно также обратиться в Medicare по телефону и объяснить, какая информация вас интересует. Сотрудник программы найдет нужную информацию на сайте, распечатает и отправит ее вам. (Вы можете позвонить в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.)</p>

РАЗДЕЛ 3**Программа State Health Insurance Assistance Program**

(бесплатная помощь, информация и ответы на вопросы о программе Medicare)

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) — это правительственная программа, предоставляющая услуги квалифицированных консультантов во всех штатах. В штате Массачусетс программа SHIP называется SHINE (Serving the Health Information Needs of Everyone — предоставление информации по вопросам здравоохранения всем желающим).

Программа SHINE является независимой, т. е. она не связана ни с какими страховыми компаниями и планами. Это государственная программа, финансируемая федеральным правительством и созданная с целью предоставления на местах бесплатных консалтинговых услуг по вопросам здравоохранения участникам программы Medicare.

Консультанты SHINE помогут вам получить ответы на вопросы или решить проблемы, связанные с программой Medicare. Они помогут вам разобраться в правах, которые предоставлены вам в рамках программы Medicare, решить проблемы со счетами по программе Medicare, а также окажут помощь в составлении жалобы относительно медицинского обслуживания или ухода. Кроме того, консультанты SHINE помогут вам

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация

разобраться в различных видах планов Medicare и ответят на вопросы относительно смены плана.

Способ связи	SHINE (программа SHIP в штате Массачусетс) — контактная информация
ТЕЛЕФОН	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
TTY	<p>Линия MassRelay по номеру 711 или (800) 439-0183 (голосовая связь) TTY/ASCII: (800) 439-2370</p> <p>Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование.</p>
АДРЕС ДЛЯ ПИСЬМЕННОЙ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	Чтобы найти адрес программы SHINE в вашем городе или регионе, обратитесь по указанному выше номеру.
САЙТ	www.mass.gov/health-insurance-counseling

РАЗДЕЛ 4 Организация по повышению качества обслуживания (Quality improvement organization, QIO)

(финансируется за счет средств Medicare; занимается проверкой качества обслуживания участников программы)

В каждом штате есть уполномоченная организация по повышению качества обслуживания (Quality Improvement Organization) участников программы Medicare. В штате Массачусетс в этой роли выступает организация KEPRO.

KEPRO сотрудничает с коллективом врачей и других специалистов сферы здравоохранения, деятельность которых финансируется федеральным правительством. Эта организация финансируется за счет средств Medicare и помогает повышать качество обслуживания участников программы Medicare. KEPRO — это независимая организация. Она не связана с нашим планом.

Обращаться в организацию KEPRO следует в перечисленных ниже случаях:

- Жалоба о качестве предоставленного обслуживания.
- Подозрения о слишком быстром окончании покрытия стоимости пребывания в больнице.

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация

- Подозрения о слишком быстром окончании покрытия стоимости медицинских услуг на дому, услуг учреждения квалифицированного сестринского ухода или учреждения амбулаторной комплексной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

Способ связи	KEPRO (организация по повышению качества обслуживания в штате Массачусетс) — контактная информация
ТЕЛЕФОН	888-319-8452
TTY	855-843-4776 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование.
АДРЕС ДЛЯ ПИСЬМЕННОЙ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131
САЙТ	www.keproqio.com/

РАЗДЕЛ 5 Управление социального обеспечения

Управление социального обеспечения принимает решения о соответствии критериям отбора и отвечает за обработку регистрационных форм для участия в программе Medicare. К участию в программе Medicare допускаются граждане США и лица, на законном основании постоянно проживающие в США, в возрасте 65 лет и старше, а также нетрудоспособные граждане или лица с терминальной стадией почечной недостаточности, соответствующие определенным критериям. Если вы уже получаете пособие от Управления социального обеспечения, вы автоматически становитесь участником программы Medicare. Если вы не получаете пособие от Управления социального обеспечения, вам необходимо зарегистрироваться для участия в программе Medicare. Управление социального обеспечения заведует процессом регистрации в программе Medicare. Чтобы подать заявку на участие в программе Medicare, необходимо позвонить в Управление социального обеспечения или посетить его местное отделение.

Кроме того, Управление социального обеспечения решает, кому необходимо платить дополнительную сумму за покрытие препаратов по части D, если доходы превышают установленный лимит. Если вы получили от Управления социального обеспечения письмо о том, что на вас ложится ответственность по возмещению дополнительных расходов, и у вас возникли вопросы относительно этой суммы, а также если ваши доходы снизились в силу жизненных обстоятельств, вы можете обратиться в Управление социального обеспечения с просьбой о пересмотре решения.

В случае переезда или смены почтового адреса необходимо обязательно сообщить об этом представителям Управления социального обеспечения.

Способ связи	Управление социального обеспечения — контактная информация
ТЕЛЕФОН	1-800-772-1213 Звонки по этому номеру бесплатны. Время работы: с понедельника по пятницу с 7:00 до 19:00. Можно также воспользоваться круглосуточной автоматической телефонной линией Управления социального обеспечения, чтобы прослушать информацию, записанную на автоответчик, и выполнить соответствующие операции.
TTY	1-800-325-0778 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки по этому номеру бесплатны. Время работы: с понедельника по пятницу с 7:00 до 19:00.
САЙТ	www.ssa.gov

РАЗДЕЛ 6 **MassHealth (Medicaid)** (совместная программа федерального правительства и правительства штата, в рамках которой оказывается помощь по оплате медицинских расходов некоторым категориям лиц с низкими доходами и ограниченными ресурсами)

MassHealth — это название программы Medicaid штата Массачусетс. MassHealth (Medicaid) является совместной программой федерального правительства и правительства штата, в рамках которой оказывается помощь по оплате медицинских расходов некоторым категориям лиц с низкими доходами и ограниченными ресурсами.

Кроме того, через MassHealth (Medicaid) предлагаются некоторые программы, помогающие участникам Medicare оплачивать расходы по программе Medicare, например страховые взносы. Перечисленные ниже программы, называемые «Medicare Savings Programs», ежегодно помогают экономить средства людям с низкими доходами:

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB):** Помощь при оплате страховых взносов по программе Medicare (части А и В), а также совместная оплата других расходов (например, франшиз, взносов совместного страхования и доплат). Некоторым

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация

участникам программы QMB также предоставляется полный спектр льгот Medicaid (QMB+).

- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB):** Помощь в оплате страховых взносов за участие в части В программы Medicare. Некоторым участникам программы SLMB также предоставляется полный спектр льгот Medicaid (SLMB+).

Наш план предназначен для лиц, получающих определенные льготы по программе MassHealth (Medicaid) Чтобы зарегистрироваться в нашем плане, необходимо соответствовать критериям участия и также быть участником программы MassHealth (Medicaid) Standard. Более подробную информацию о требованиях к участникам см. в разделе 2.1 главы 1 (*Критерии участия*).

Поскольку вы получаете помощь от MassHealth (Medicaid), вам не придется самостоятельно оплачивать медицинское обслуживание в рамках программ Medicare и MassHealth (Medicaid). Программа MassHealth (Medicaid) также покрывает дополнительные виды медицинского обслуживания, включая долгосрочный уход, услуги ухода на дому или по месту жительства и некоторые препараты, отпускаемые по рецепту, которые обычно не оплачиваются программой Medicare. Программа Senior Care Options Program предусматривает помощь в получении всех этих льгот, чтобы вы смогли пользоваться медицинским обслуживанием и финансовой поддержкой согласно условиям вашего страхового плана.

При наличии вопросов касательно помощи, которую можно получить по программе MassHealth (Medicaid), обращайтесь к представителям программы.

Способ связи	MassHealth (программа Medicaid в штате Массачусетс) — контактная информация
ТЕЛЕФОН	1-800-841-2900
ТТУ	1-800-497-4648 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование.
АДРЕС ДЛЯ ПИСЬМЕННОЙ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	55 Summer Street, Boston, MA 02110
САЙТ	www.mass.gov/masshealth

Программа My Ombudsman Program помогает участникам Medicaid в решении проблем, связанных с обслуживанием и счетами. Она также оказывает помощь с подачей апелляций или жалоб относительно нашего плана. Программа также предусматривает предоставление информации о центрах сестринского ухода и урегулирование разногласий между такими учреждениями и их пациентами либо семьями пациентов.

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация

Способ связи	Программа My Ombudsman Program — контактная информация
ТЕЛЕФОН	1-855-781-9898
ТТУ	Чтобы позвонить на указанный выше номер, воспользуйтесь номером 711 линии MassRelay. Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование.
АДРЕС ДЛЯ ПИСЬМЕННОЙ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	11 Dartmouth Street, Suite 301, Malden, MA 02148
ЭЛ. ПОЧТА	info@myombudsman.org
САЙТ	www.myombudsman.org

MassOptions — это бесплатный ресурс, предоставляющий пожилым людям, людям с ограниченными возможностями, лицам, осуществляющим уход, и членам семьи доступ к услугам, которые позволят вам или вашим близким жить самостоятельно в выбранных вами условиях. MassOptions позволяет избежать необходимости обзванивать многочисленные агентства и изучать многочисленные сетевые ресурсы.

Способ связи	MassOptions
ТЕЛЕФОН	1-844-422-6277 или 1-844-422-MASS (звонок бесплатный)
ТТУ	MassOptions работает с телефонным переводчиком для глухих, для людей с нарушениями слуха или речи, которые хотят обратиться к нам.
САЙТ	massoptions.org/massoptions/contact-us/ По вышеуказанной ссылке также доступен онлайн-чат.

РАЗДЕЛ 7 Информация о программах помощи в оплате препаратов, отпускаемых по рецепту

Программа Extra Help от Medicare

Являясь участником MassHealth (Medicaid), вы имеете право на дополнительную помощь от Medicare в оплате расходов на рецептурные препараты по программе Extra Help. Вам не нужно предпринимать каких-либо действий, чтобы получить дополнительную помощь по программе Extra Help.

При наличии вопросов касательно программы Extra Help обращайтесь в указанные ниже инстанции.

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи ТТУ могут обращаться по номеру 1-877-486-2048 (подача заявок) круглосуточно и в любой день недели.
- Управление социального обеспечения: 1-800-772-1213 (с 7:00 до 19:00 с понедельника по пятницу). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-325-0778; или
- Отделение MassHealth (Medicaid) в вашем штате (прием заявок) (контактную информацию см. в разделе 6 этой главы).

Если у вас есть основания полагать, что сумма, уплачиваемая вами при получении в аптеке отпускаемых по рецепту препаратов по условиям участия в затратах, неправильная, обратитесь к соответствующей процедуре в нашем плане. Согласно этой процедуре вы можете запросить помощь в получении подтверждения надлежащего размера причитающейся с вас доплаты или, при наличии у вас такого подтверждения, предоставить его нам.

- Дополнительную информацию и помощь вы можете получить, обратившись в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).
- Получив подтверждение размера вашей доплаты, мы обновим информацию в нашей системе, чтобы при следующем получении препаратов по рецепту в аптеке вы заплатили правильную сумму. Если уплаченная вами сумма превышала сумму вашей доплаты, мы возместим вам переплату. Вам будет направлен чек на сумму переплаты или предоставлено соответствующее дополнительное возмещение при последующих платежах. Если аптека не получила от вас доплату и она значится за вами как долг, мы произведем расчет непосредственно с аптекой. Если выплаты от вашего имени произвел штат, мы произведем расчет непосредственно со штатом. При наличии вопросов обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Вам предоставляется покрытие препаратов по программе помощи в покупке лекарств больным СПИДом (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?**Что такое программа AIDS Drug Assistance Program (ADAP)**

Программа AIDS Drug Assistance Program (ADAP) помогает лицам с ВИЧ/СПИД, соответствующим критериям, предъявляемым к участникам программы, получить доступ к жизненно необходимым лекарствам для борьбы с ВИЧ. Рецептурные препараты, покрываемые по части D программы Medicare, на которые также распространяется покрытие по программе ADAP, соответствуют критериям для предоставления помощи в оплате суммы участия в затратах на рецептурные препараты по программе ADAP штата Массачусетс. Примечание: Чтобы иметь право на включение в программу ADAP, действующую в вашем штате, необходимо выполнить ряд требований, в том числе подтвердить проживание в соответствующем штате и статус ВИЧ, низкий уровень доходов согласно критериям данного штата и отсутствие/недостаточность медицинской страховки.

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация

Если в настоящее время вы являетесь участником программы ADAP, программа может продолжать предоставлять вам помощь в оплате суммы участия в затратах на рецептурные препараты, покрываемые частью D программы Medicare и включенные в формуляр ADAP. Чтобы обеспечить непрерывное получение помощи, сообщайте своему местному сотруднику по регистрации в программе ADAP о любых изменениях в названии своего плана, предоставляющего покрытие по части D Medicare, или в номере полиса. Программа ADAP штата Массачусетс называется HIV Drug Assistance Program (HDAP).

Чтобы получить информацию о требованиях к участию, на какие лекарства распространяется покрытие и как зарегистрироваться в программе, обращайтесь по телефону или почте в:

Community Research Initiative of New England/HDAP
38 Chauncy Street, Suite 500
Boston, MA 02111
Факс: 617-502-1703
Телефон: 1-800-228-2714

Вы получаете от Medicare дополнительную помощь по оплате страхового покрытия отпускаемых по рецепту препаратов в рамках программы Extra Help? Можете ли вы получать скидки?

Большинство участников нашей программы получают дополнительную помощь от Medicare по оплате страхового покрытия отпускаемых по рецепту препаратов в рамках программы Extra Help. Поскольку вы получаете от Medicare дополнительную помощь по оплате страхового покрытия отпускаемых по рецепту препаратов в рамках программы Extra Help, на вас не распространяется дисконтная программа Medicare Coverage Gap Discount Program. Если вы получаете дополнительную помощь в рамках программы Extra Help, вам уже предоставляется покрытие затрат на препараты, отпускаемые по рецепту, в течение периода разрыва в страховом покрытии.

Вы не получаете скидку, но считаете, что вам она положена?

Если, по вашему мнению, вы достигли разрыва в страховом покрытии, но вам не была предоставлена скидка при оплате фирменных препаратов, вам следует изучить отчет «Обоснование страховых выплат по части D» (Part D EOB), когда вы его получите. Если в вашем отчете «Обоснование страховых выплат по части D» отсутствует скидка, вам следует связаться с нами, чтобы убедиться в точности и актуальности записей о выписанных вам рецептах. Если вы не согласны и уверены, что вам полагается скидка, вы можете подать апелляцию. Вы также можете получить помощь в подаче апелляции, обратившись к представителям программы State Health Insurance Assistance Program (SHIP) (номера телефонов этой программы указаны в разделе 3 данной главы) или позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время и в любой день недели. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

РАЗДЕЛ 8 Как связаться с Советом по пенсионному обеспечению железнодорожников

Совет по пенсионному обеспечению железнодорожников (Railroad Retirement Board) является независимым федеральным агентством, которое предоставляет комплексные программы льгот для служащих государственной железной дороги и их семей. При наличии вопросов о льготах от Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников обратитесь в это агентство.

Если ваш страховой план Medicare оформлен через Совет по пенсионному обеспечению железнодорожников, то в случае переезда или смены почтового адреса необходимо обязательно сообщить об этом представителям Совета.

Способ связи	Совет по пенсионному обеспечению железнодорожников — контактная информация
ТЕЛЕФОН	1-877-772-5772 Звонки по этому номеру бесплатны. Если вы хотите поговорить с представителем Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников (RRB), нажмите «0». Звонки принимаются с 9:00 до 15:30 по понедельникам, вторникам, четвергам и пятницам, а также с 9:00 до 12:00 по средам. Нажмите цифру «1» для соединения с автоматической линией поддержки RRB HelpLine, где вы сможете ознакомиться с информационными аудиозаписями в любое время суток и в любой день недели, включая выходные и праздники.
TTY	1-312-751-4701 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки по этому номеру <i>не</i> являются бесплатными.
САЙТ	rrb.gov/

РАЗДЕЛ 9 Если вы пользуетесь льготами группового медицинского страхования или другой медицинской страховки, предоставляемой работодателем

Если вы (или ваш супруг/супруга) получаете льготы от работодателя или пенсионного фонда в рамках этого плана, то по всем вопросам следует обращаться к администратору программы льгот работодателя (объединения работодателей) или в службу поддержки участников. Вы можете получить сведения о страховых взносах и о медицинских льготах, предоставляемых вашим работодателем (работодателем супруга/супруги) или пенсионным фондом (номера телефонов службы поддержки участников указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Вы также можете обратиться по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; ТТУ: 1-877-486-2048), если у вас возникнут вопросы о страховом покрытии Medicare в рамках этого плана, а также о периоде, когда вы можете сменить план.

Если для вас оформлено другое страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов при посредничестве работодателя (вашего или супруга/супруги) или пенсионного фонда, обратитесь к **администратору соответствующей программы льгот**. Администратор программы льгот поможет вам выяснить, как ваше текущее страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов согласуется с нашим планом.

РАЗДЕЛ 10 Получение помощи при обращении в справочную службу Nurse Advice Call Line

План Senior Care Options Program предусматривает горячую линию с дежурными медицинскими работниками на случай, если вам потребуется медицинская информация и консультация. Врач-клиницист, дипломированная медсестра, специалист по оказанию психиатрической помощи или иной медицинский работник ответит на любые вопросы об общем состоянии здоровья и профилактике заболеваний. Клинический специалист, имеющий доступ к вашему индивидуальному плану медицинского обслуживания, проконсультирует вас по вопросам, связанным с вашим физическим или эмоциональным здоровьем. При возникновении срочной потребности в медицинской помощи (за исключением ситуаций, когда требуется неотложная помощь) вы можете позвонить в нашу справочную службу Nurse Advice Call Line и задать интересующие вас вопросы о медицинской или психиатрической помощи. Справочная служба работает круглосуточно и без выходных.

Глава 2. Важные номера телефонов и другая полезная информация

Способ связи	Справочная служба Nurse Advice Call Line — контактная информация
ТЕЛЕФОН	1-866-610-2273 Звонки по этому номеру бесплатны. Время работы: круглосуточно и без выходных. Лицам, не говорящим по-английски, предлагаются бесплатные переводческие услуги.
TTY	711 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки по этому номеру бесплатны. Время работы: круглосуточно и без выходных.

ГЛАВА 3

*Получение медицинских и других
покрываемых услуг в рамках
плана*

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

РАЗДЕЛ 1	Что необходимо знать о получении медицинской помощи и других услуг, покрываемых нашим планом	49
Раздел 1.1	Пояснение терминов «сетевые поставщики» и «покрываемые услуги»	49
Раздел 1.2	Основные правила получения медицинской помощи и прочих услуг, покрываемых планом	50
РАЗДЕЛ 2	Обращайтесь за медицинской помощью и другими услугами к поставщикам, входящим в сеть плана	52
Раздел 2.1	Вы должны выбрать поставщика первичных медицинских услуг, который будет обеспечивать уход и координировать его	52
Раздел 2.2	Виды медицинской помощи и прочих услуг, для которых не требуется предварительное разрешение поставщика первичных медицинских услуг	54
Раздел 2.3	Как воспользоваться услугами специалистов и других сетевых поставщиков	54
Раздел 2.4	Как воспользоваться медицинскими услугами внесетевых поставщиков	56
РАЗДЕЛ 3	Как воспользоваться покрываемыми услугами в ситуации, когда требуется срочная или неотложная медицинская помощь, а также в чрезвычайных ситуациях	58
Раздел 3.1	Получение неотложной медицинской помощи	58
Раздел 3.2	Получение срочной медицинской помощи	60
Раздел 3.3	Получение помощи в чрезвычайной ситуации	61
РАЗДЕЛ 4	Что делать, если вам выставили счет на полную стоимость покрываемых услуг	61
Раздел 4.1	Вы можете обратиться к нам с просьбой об оплате покрываемых услуг	61
Раздел 4.2	Что делать, если стоимость услуг не покрывается нашим планом	61
РАЗДЕЛ 5	Как покрываются медицинские услуги при участии в клиническом исследовании	62
Раздел 5.1	Что такое клиническое исследование	62
Раздел 5.2	Кто оплачивает участие в клиническом исследовании	63

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

РАЗДЕЛ 6	Правила покрытия услуг религиозных нелечебных учреждений здравоохранения	64
Раздел 6.1	Что такое религиозное нелечебное учреждение здравоохранения	64
Раздел 6.2	Получение услуг религиозного нелечебного учреждения здравоохранения	64
РАЗДЕЛ 7	Правила, действующие в отношении прав собственности на медицинское оборудование длительного пользования	65
Раздел 7.1	Переход медицинского оборудования длительного пользования в вашу собственность после внесения определенного количества платежей во время участия в нашем плане.....	65
РАЗДЕЛ 8	Правила в отношении кислородного оборудования, расходных материалов и технического обслуживания	67
Раздел 8.1	На какие льготы в отношении кислородного оборудования вы имеете право	67
Раздел 8.2	Сколько составляет доля участия в затратах? Изменится ли она через 36 месяцев?	Error! Bookmark not defined.
Раздел 8.3	Что произойдет при выходе из плана и возврате к программе Original Medicare.....	67

РАЗДЕЛ 1 Что необходимо знать о получении медицинской помощи и других услуг, покрываемых нашим планом

В этой главе объясняется, что необходимо знать об использовании плана для получения медицинского ухода и других покрываемых услуг. Глава содержит определение терминов и описание правил, которым необходимо следовать для получения покрываемого планом лечения, услуг и другого медицинского ухода.

Подробную информацию о том, какие медицинские и прочие услуги покрываются планом, см. в таблице льгот в главе 4 (*Таблица льгот: перечень покрываемых услуг*).

Раздел 1.1	Пояснение терминов «сетевые поставщики» и «покрываемые услуги»
-------------------	---

Ниже представлены некоторые определения, которые помогут вам понять, как мы предоставляем уход и услуги, покрываемые программой плана.

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

- **Поставщики** — это врачи и другие специалисты сферы здравоохранения, имеющие лицензию штата на предоставление медицинских услуг. Термин «поставщики» также охватывает больницы и другие медицинские учреждения.
- **Сетевые поставщики** — это врачи и другие специалисты сферы здравоохранения, медицинские группы, больницы и прочие медицинские учреждения, которые заключили с нами соглашение и принимают от нас платежи в качестве полной оплаты своих услуг. С этими поставщиками имеется договоренность о предоставлении покрываемых услуг участникам нашего плана. Наши сетевые поставщики напрямую выставляют нам счета за предоставленные вам услуги. При обращении к такому поставщику вы не оплачиваете покрываемые услуги самостоятельно.
- **Покрываемые услуги** включают любой медицинский уход, медицинскую помощь, предоставление расходных материалов и оборудования, которые покрываются нашим планом. Перечень покрываемых медицинских услуг приведен в таблице льгот в главе 4.

Раздел 1.2	Основные правила получения медицинской помощи и прочих услуг, покрываемых планом
-------------------	---

Senior Care Options Program как план Medicare и MassHealth (Medicaid) покрывает все услуги, оплачиваемые в рамках Original Medicare, а также другие услуги.

План Senior Care Options Program покрывает стоимость медицинского обслуживания при условии что:

- **Получаемые услуги включены в таблицу льгот плана** (см. главу 4 данной брошюры).
- **Получаемые услуги являются необходимыми с медицинской точки зрения.** Необходимость с медицинской точки зрения означает, что услуги, расходные материалы или препараты необходимы вам для предотвращения заболевания или осложнений, диагностики или лечения и соответствуют принятым стандартам в медицинской практике.
- **У вас есть сетевой поставщик первичных медицинских услуг (primary care provider, PCP) и команда медицинского обслуживания, которые обеспечивают уход и координируют его.** Вам как участнику нашего плана следует выбрать себе сетевого поставщика первичных медицинских услуг (дополнительную информацию см. в разделе 2.1 этой главы).
 - В большинстве случаев для получения услуг других сетевых поставщиков (врачей-специалистов, больниц, учреждений квалифицированного сестринского ухода, агентств по уходу на дому и т. п.) необходимо разрешение вашего поставщика первичных медицинских услуг, команды медицинского обслуживания или плана. Этот поставщик или команда тесно

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

сотрудничает с нашим планом, чтобы при необходимости вы получили необходимые услуги. Дополнительную информацию см. в разделе 2.3 настоящей главы и в таблице льгот в главе 4.

- Предварительное разрешение поставщика первичных медицинских услуг не требуется для получения неотложной или срочной медицинской помощи. Есть и другие виды услуг, которые можно получить без предварительного разрешения сетевого поставщика первичных медицинских услуг/команды медицинского обслуживания или плана (дополнительную информацию см. в разделе 2.2 настоящей главы и в таблице льгот, приведенной в главе 4).
- **Вы должны пользоваться медицинскими услугами сетевого поставщика** (дополнительную информацию см. в разделе 2 этой главы). В большинстве случаев затраты на услуги внесетевых поставщиков не покрываются. Существуют три исключения.
 - План покрывает срочную или неотложную помощь, предоставленную внесетевым поставщиком. Более подробную информацию об этом, а также о том, что считается срочной и неотложной медицинской помощью, см. в разделе 3 данной главы.
 - Если необходимо получить медицинский уход Medicare или MassHealth (Medicaid), покрываемый нашим планом, а наши сетевые поставщики не могут предоставить такой уход, вы сможете получить нужные услуги у внесетевого поставщика. Ваш поставщик первичных медицинских услуг, команда медицинского обслуживания или план должны утвердить получение услуг от внесетевого поставщика до того, как вы обратитесь за ними. Этот поставщик или команда тесно сотрудничает с нашим планом, чтобы при необходимости вы получили необходимые услуги. В такой ситуации расходы на получение этих услуг будут покрыты. Подробную информацию об этом см. в разделе 2.4 данной главы.
 - План покрывает услуги по диализу почек, предоставляемые в соответствующем учреждении, сертифицированном организацией Medicare, если вы временно находитесь вне территории обслуживания плана.

РАЗДЕЛ 2 Обращайтесь за медицинской помощью и другими услугами к поставщикам, входящим в сеть плана

Раздел 2.1 Вы должны выбрать поставщика первичных медицинских услуг, который будет обеспечивать уход и координировать его

Кто такой поставщик первичных медицинских услуг и какова его роль

Поставщик первичных медицинских услуг — это поставщик, к которому вы обращаетесь в первую очередь (в большинстве случаев) при возникновении проблем со здоровьем. Ваш поставщик первичных медицинских услуг может быть лицензированным лечащим врачом общей практики, медицинской сестрой высшей квалификации, помощником врача или акушером-гинекологом. Этот специалист должен соответствовать государственным требованиям и иметь подготовку для предоставления комплексного общего медицинского ухода.

Став участником нашего плана, вы должны выбрать поставщика плана, который станет вашим поставщиком первичных медицинских услуг. В сеть плана Senior Care Options Program входят поставщики первичных медицинских услуг, знающие ваш район и сотрудничающие со специалистами, больницами, местными поставщиками услуг ухода на дому и местными учреждениями квалифицированного сестринского ухода.

Ваш поставщик первичных медицинских услуг вместе с другими членами команды медицинского обслуживания несет ответственность за координацию всех предоставляемых вам медицинских услуг. В команду медицинского обслуживания входят поставщик первичных медицинских услуг, партнер по медицинскому обслуживанию (Care Partner) и (или) координатор гериатрической помощи, а также другие специалисты (при необходимости). Эти лица, помимо прочего, проверяют список услуг и контролируют их предоставление, а также обсуждают их с вами либо другими поставщиками в сети плана.

Чтобы воспользоваться определенными услугами, требуется предварительное разрешение (заранее полученное одобрение) вашего поставщика первичных медицинских услуг/команды медицинского обслуживания или плана. Ваш поставщик первичных медицинских услуг и команда медицинского обслуживания тесно сотрудничают с нашим планом, чтобы при необходимости вы получили эти услуги. Список таких услуг приведен в следующей главе: «*Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)*». Даже если для получения определенных услуг не требуется предварительное разрешение, мы рекомендуем проконсультироваться со своим поставщиком первичных медицинских услуг или командой медицинского обслуживания, чтобы убедиться, что вам предоставят все необходимые услуги.

После того как вы регистрируетесь в плане, команда медицинского обслуживания вместе с вами и любыми wybranными вами представителями (например, членами семьи)

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

разработает для вас индивидуальный план медицинского обслуживания. В дальнейшем команда будет проверять, одобрять и утверждать изменения в этом плане, чтобы вы получали медицинские услуги с учетом индивидуальных потребностей. Также команда медицинского обслуживания будет пересматривать ваши потребности по крайней мере каждые 6 месяцев (а при необходимости и чаще) при вашем активном участии.

Как выбрать поставщика первичных медицинских услуг

Каждый участник должен иметь поставщика первичных медицинских услуг, заключившего договор с нашим планом. Им может быть лицензированный врач общей практики, медицинская сестра высшей квалификации или помощник врача. Во время регистрации наш специалист по маркетингу и информационно-разъяснительной работе обсудит с вами возможные варианты для выбора поставщика первичных медицинских услуг. Если вы не выберете поставщика первичных медицинских услуг сами, мы сделаем это за вас. Вы также можете позвонить в службу поддержки участников по номеру, указанному на задней стороне обложки данной брошюры, если вам понадобится дополнительная информация или помощь.

Если вы хотите воспользоваться услугами определенных специалистов, вам следует уточнить у своего поставщика первичных медицинских услуг, возможно ли сотрудничество с ними. У каждого поставщика первичных медицинских услуг есть список специалистов, к которым вас могут направить, хотя ваша страховка покрывает услуги всех специалистов, входящих в нашу сеть.

Смена поставщика первичных медицинских услуг

Можно сменить поставщика первичных медицинских услуг в любое время и по любой причине. Может случиться так, что ваш поставщик первичных медицинских услуг прекратит сотрудничество с нашим планом и вам придется искать ему замену.

Если поставщик первичных медицинских услуг выберет для практики другую медицинскую группу, это изменение вступит в силу в первый день месяца, следующего за месяцем подачи запроса. Однако если ваш поставщик сменит работу в пределах того же учреждения первичной медицинской помощи, то изменения могут вступить в силу быстрее. Если ваш поставщик первичных медицинских услуг прекратит сотрудничество с нашим планом, мы сообщим вам об этом в письме и поможем выбрать другого поставщика, чтобы вы и в дальнейшем пользовались покрываемыми услугами. Позвоните в службу поддержки участников по номеру, указанному на задней стороне обложки данной брошюры, если вам понадобится дополнительная информация или помощь.

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана**Раздел 2.2 Виды медицинской помощи и прочих услуг, для которых не требуется предварительное разрешение поставщика первичных медицинских услуг**

Для получения перечисленных ниже услуг не требуется предварительное разрешение.

- Стандартное медицинское обслуживание женщин, например обследования молочных желез, маммография (рентгеновский анализ молочной железы), мазок Папаниколау и гинекологические исследования (при прохождении этих процедур у сетевого поставщика).
- Вакцинация от гриппа, гепатита В и пневмонии (если ее проводит сетевой поставщик).
- Услуги неотложной медицинской помощи от поставщиков, входящих и не входящих в сеть плана.
- Услуги срочной медицинской помощи от сетевых или внесетевых поставщиков (если первые временно отсутствуют или недоступны, например когда вы временно находитесь вне территории обслуживания плана).
- Услуги по диализу почек, получаемых в сертифицированном учреждении по диализу Medicare, если вы временно находитесь вне территории, на которой действует план. (Если возможно, позвоните в службу поддержки участников, прежде чем покинуть территорию обслуживания, чтобы мы могли организовать процедуры диализа на время вашего отъезда. Номера телефонов службы поддержки участников указаны на последней странице обложки данной брошюры.)
- Дополнительную информацию об услугах, для которых не требуется предварительное разрешение, см. в таблице льгот в главе 4 «Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)».

Раздел 2.3 Как воспользоваться услугами специалистов и других сетевых поставщиков

Специалист — это врач, который лечит определенные болезни или определенный орган/часть тела. Существуют различные специалисты. Вот несколько примеров:

- онкологи занимаются пациентами, больными раком;
- кардиологи специализируются на заболеваниях сердца;
- ортопеды помогают пациентам с различными нарушениями, связанными с костями, суставами и мышцами.

У вас есть поставщик первичных медицинских услуг и команда медицинского обслуживания, которые обеспечивают уход и координируют его. Они работают совместно с вами и обслуживающими вас специалистами, чтобы вы получали все необходимые услуги.

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

У каждого поставщика первичных медицинских услуг или стоматолога, работающего в рамках плана, есть список конкретных специалистов, к которым он вас может направить, хотя ваша страховка покрывает услуги всех специалистов, входящих в нашу сеть. Если вы хотите попасть на прием к определенным специалистам, вам следует уточнить у своего поставщика первичных медицинских услуг, возможно ли сотрудничество с ними. Вы можете сменить поставщика первичных медицинских услуг, если вам необходимо обратиться к специалисту, которого ваш поставщик не может привлечь. Подробную информацию о смене поставщика первичных медицинских услуг см. в разделе 2.1 этой главы. Если вам понадобится дополнительная информация или помощь, обратитесь в службу поддержки участников.

План предусматривает сотрудничество с определенными учреждениями, предоставляющими срочную помощь, реабилитационный уход и уход при хронических заболеваниях. Вы как участник плана Senior Care Options Program будете приписаны к больницам, с которыми имеется договоренность и к которым ваш поставщик первичных медицинских услуг имеет доступ. Эти учреждения должны быть вам знакомы; обычно они располагаются в вашем районе. Чтобы найти учреждения в сети плана, воспользуйтесь *Справочником поставщиков*. Последнюю версию *Справочника поставщиков* можно найти на нашем сайте www.CommonwealthCareSCO.org.

Если у вас недавно диагностировали серьезное или неизлечимое заболевание, ваш партнер по медицинскому обслуживанию, поставщик первичных медицинских услуг или специалист могут рекомендовать программу паллиативного ухода Life Choices или программу хосписа. Паллиативный уход может оказать вам поддержку во время тяжелой болезни, включая помощь в поиске обслуживания, отвечающего вашим потребностям, например уход в хосписе. Участникам с заболеваниями в терминальной стадии предоставляются услуги хосписа. Вам необходимо обсудить имеющиеся варианты с вашей командой медицинского обслуживания.

Чтобы воспользоваться определенными услугами, требуется предварительное разрешение вашего поставщика первичных медицинских услуг/команды медицинского обслуживания или плана. Ваш поставщик первичных медицинских услуг и команда медицинского обслуживания тесно сотрудничают с нашим планом, чтобы при необходимости вы получили эти услуги. Полный список услуг, для которых требуется предварительное разрешение, см. в таблице льгот в главе 4. Даже если для получения определенных услуг предварительное разрешение не требуется, мы рекомендуем проконсультироваться со своим поставщиком первичных медицинских услуг или командой медицинского обслуживания (кроме случаев, когда требуется неотложная или срочная медицинская помощь), чтобы убедиться, что вам предоставят все необходимые услуги.

Наш план также покрывает стоимость консультаций (касательно любых покрываемых услуг) независимых специалистов или иных квалифицированных работников сферы здравоохранения, входящих в нашу сеть. Вы также можете обратиться за независимой консультацией к внесетевому поставщику в случае отсутствия сетевого поставщика. Ваш поставщик первичных медицинских услуг или команда медицинского обслуживания помогут организовать такую консультацию. Также поставщик первичных медицинских услуг или команда медицинского обслуживания должны утвердить услуги внесетевого

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

поставщика до того, как они будут вам предоставлены. В такой ситуации расходы на получение этих услуг будут покрыты.

Что происходит, когда специалист или другой сетевой поставщик покидает наш план

В течение года мы можем вносить изменения в список поставщиков нашего плана (больниц, врачей и специалистов). Поставщик может прекратить сотрудничество с нашим планом по ряду причин. В таком случае вы имеете определенные права и гарантии. Они кратко изложены ниже.

- Независимо от изменений в сети поставщиков Medicare гарантирует вам непрерывный доступ к квалифицированным специалистам.
- Мы добросовестно приложим усилия, чтобы уведомить вас об изменениях как минимум за 30 дней, чтобы вы успели выбрать нового поставщика.
- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного поставщика, который продолжит оказывать требуемые медицинские услуги.
- Если вы проходите лечение, то имеете право требовать, чтобы оно не прерывалось, а мы, в свою очередь, обеспечим это.
- Если вы считаете, что мы не предоставили квалифицированного поставщика взамен вашего предыдущего поставщика услуг или ваше медицинское обслуживание осуществляется ненадлежащим образом, вы имеете право подать апелляцию на наше решение.
- Если вы узнаете, что ваш врач или другой специалист покидает план, свяжитесь с нами, чтобы вам помогли найти нового и обеспечили должное обслуживание.

Если вам понадобится дополнительная информация или помощь, позвоните в службу поддержки участников по номеру, указанному на задней стороне обложки данной брошюры.

Раздел 2.4	Как воспользоваться медицинскими услугами внесетевых поставщиков
-------------------	---

Вы должны пользоваться медицинскими услугами сетевых поставщиков

(дополнительную информацию см. в разделе 2 этой главы). В большинстве случаев затраты на услуги внесетевых поставщиков не покрываются. **Существуют исключения, о которых нужно помнить:**

- План покрывает стоимость услуг неотложной и срочной медицинской помощи, предоставленных поставщиком, не входящим в нашу сеть. Более подробную информацию об этом, а также о срочной и неотложной медицинской помощи см. в разделе 3 данной главы.

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

- Если вам необходимы медицинские услуги, предусмотренные программой Medicare или MassHealth (Medicaid) и покрываемые нашим планом, а наши сетевые поставщики не могут предоставить такие услуги, вы сможете получить нужные услуги, в том числе услуги планирования семьи, у внесетевого поставщика. Ваш поставщик первичных медицинских услуг или команда медицинского обслуживания должны утвердить получение услуг внесетевого поставщика до того, как вы обратитесь за ними. Ваш поставщик первичных медицинских услуг и команда медицинского обслуживания тесно сотрудничают с нашим планом, чтобы при необходимости вы получили эти услуги. В такой ситуации расходы на получение этих утвержденных услуг будут покрыты. Если вы не получите предварительного разрешения на посещение внесетевого поставщика, вам придется оплатить его услуги самостоятельно.
- Услуги по диализу почек, получаемых в сертифицированном учреждении по диализу Medicare, если вы временно находитесь вне территории, на которой действует план.
- В чрезвычайных обстоятельствах план покрывает стоимость услуг поставщиков, не входящих в сеть. Вам необходимо получить разрешение на получение услуг внесетевого поставщика до того, как вы обратитесь за ними. В такой ситуации расходы на получение этих услуг будут покрыты. Если у вас не будет разрешения на посещение поставщика, не входящего в сеть, вам придется самостоятельно оплатить услуги. Ниже приведены примеры чрезвычайных обстоятельств, при которых вы можете обратиться за медицинской помощью к внесетевым поставщикам.
 - У вас особое медицинское состояние, а услуги сетевых поставщиков недоступны.
 - Услуги доступны в сети, но не доступны именно в то время, когда они вам понадобились.
 - Вам нужна независимая консультация поставщика, не входящего в нашу сеть. Ваш поставщик первичных медицинских услуг или команда медицинского обслуживания помогут организовать такую консультацию.
 - Поставщик первичных медицинских услуг или ваша команда медицинского обслуживания пришли к заключению, что в конкретном случае услуги внесетевого поставщика будут наиболее эффективными.

РАЗДЕЛ 3 Как воспользоваться покрываемыми услугами в ситуации, когда требуется срочная или неотложная медицинская помощь, а также в чрезвычайных ситуациях

Раздел 3.1	Получение неотложной медицинской помощи
-------------------	--

Что такое неотложная медицинская помощь и что делать, если она вам необходима

Неотложная медицинская помощь требуется в случаях, когда вы или другой человек, обладающий общими знаниями в области здравоохранения и медицины, считает, что у вас есть симптомы, требующие немедленного оказания медицинской помощи для сохранения вашей жизни, конечности или функции конечности. К таким симптомам могут относиться заболевание, травма, острая боль или быстрое ухудшение состояния здоровья.

Если вам необходима неотложная медицинская помощь:

- **Как можно скорее обратитесь за помощью.** Позвоните по номеру 911 либо обратитесь в отделение неотложной медицинской помощи или больницу. При необходимости вызовите скорую помощь. Для этого *не требуется* предварительное разрешение или направление от вашего поставщика первичных медицинских услуг.
- **Как можно скорее убедитесь, что сотрудники службы поддержки плана уведомлены о вашем состоянии.** Нам необходимо контролировать оказываемую вам неотложную помощь. Вы или кто-то еще должны позвонить нам, чтобы сообщить о получении вами неотложной помощи — обычно в течение 48 часов. Для этого нужно позвонить по бесплатному номеру, указанному на обратной стороне вашей карты участника. Сотрудники службы поддержки передадут информацию вашей команде медицинского обслуживания. Служба поддержки участников Senior Care Options Program работает ежедневно с 8:00 до 20:00 с 1 октября по 31 марта. График работы службы поддержки участников с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу и в воскресенье с 8:00 до 18:00.

Услуги неотложной медицинской помощи, покрываемые планом

Вы можете получить неотложную медицинскую помощь в любое время в любой части Соединенных Штатов и их территорий. Наш план также покрывает неотложную медицинскую помощь, включая неотложную транспортировку, и срочную медицинскую помощь, за пределами Соединенных Штатов и их территорий на сумму до одной тысячи долларов США (\$1,000) в календарном году. Наш план покрывает стоимость услуг перевозки на машине скорой помощи в ситуациях, когда обращение в кабинет неотложной

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

помощи любым другим способом несет угрозу вашему здоровью. Дополнительную информацию см. в таблице льгот в главе 4 данной брошюры.

Если вы нуждаетесь в неотложной медицинской помощи, мы свяжемся с врачами, предоставляющими ее вам, чтобы помочь в организации и контроле вашего лечения. Врачи, оказывающие неотложную медицинскую помощь, решат, когда ваше состояние будет стабильным и вы больше не будете нуждаться в их помощи.

После получения неотложной медицинской помощи вы имеете право на услуги реабилитации и последующий уход, чтобы ваше состояние оставалось стабильным или улучшалось. При этом может потребоваться дополнительное лечение в стационаре, в амбулаторных условиях, в учреждении квалифицированного сестринского ухода или реабилитационном центре. Мы обязаны предоставить ответ на запрос об утверждении услуг реабилитации в течение часа с момента его получения. Наш план покрывает последующее наблюдение. Мы будем консультироваться с вашими поставщиками услуг и командой медицинского обслуживания, чтобы определить дальнейшие необходимые этапы вашего лечения. Если неотложную медицинскую помощь предоставляют поставщики, не входящие в нашу сеть, мы попытаемся сменить их сетевыми поставщиками, как только позволит ваше состояние здоровья и обстоятельства. Наша цель — убедиться, что необходимое медицинское обслуживание в реабилитационный период не прерывается из-за необходимости получать предварительное разрешение.

Программа Medicare не покрывает стоимость неотложной медицинской помощи или любых других услуг, предоставленных за пределами Соединенных Штатов.

Случаи, в которых не было неотложного состояния

В некоторых случаях бывает сложно определить, возникло ли у вас состояние, при котором необходима неотложная медицинская помощь. Например, вы можете обратиться за неотложной медицинской помощью, считая, что ваше здоровье в серьезной опасности, а врач говорит, что неотложного состояния не было. Если выяснится, что неотложного состояния на самом деле не было, но вы считали, что ваше здоровье в серьезной опасности, план покрывает эти услуги.

Однако после того, как врачом будет установлено, что состояние *не является* неотложным, мы покроем дополнительные услуги только при условии получения вами этих услуг одним из двух нижеуказанных способов:

- вы посетили сетевого поставщика для получения дополнительной помощи;
- – или – полученную дополнительную помощь можно расценивать как неотложную, причем вы следовали правилам оказания таких услуг (см. раздел 3.2 ниже).

Раздел 3.2 Получение срочной медицинской помощи**Что такое срочная медицинская помощь**

Срочная медицинская помощь предоставляется при непредвиденных медицинских заболеваниях и травмах, не требующих неотложной помощи, а также при состояниях, требующих немедленной медицинской помощи. За срочной медицинской помощью можно обратиться к поставщику услуг, не входящему в сеть нашего плана, если входящие в сеть поставщики временно недоступны или не могут вас принять. Непредвиденным состоянием может быть, например, непредвиденное обострение имеющейся болезни.

Что делать, если вам необходима срочная медицинская помощь и вы находитесь в пределах зоны обслуживания плана

Вы всегда должны стараться обращаться за срочной медицинской помощью к сетевым поставщикам. Если такой поставщик временно отсутствует или недоступен, а ожидать, когда он станет доступен, не представляется возможным, мы покроем стоимость срочной медицинской помощи, оказанной вам внесетевым поставщиком.

Если у вас возникла потребность в срочном получении услуг, обратитесь в службу поддержки участников по телефону 1-866-610-2273 (TTY: звоните на линию MassRelay по номеру 711) круглосуточно и в любой день недели. Мы свяжем вас с отделом клинического реагирования (Clinical Response Department) в любое время суток. Дипломированные медсестры и специалисты по психическому здоровью помогут решить вашу проблему.

Вам должны оказать срочную медицинскую помощь и симптоматическое лечение в медицинском учреждении или на дому не позднее 48 часов после обращения. В остальных случаях посещать врача можно в течение 30 календарных дней.

Что делать, если вам нужна срочная медицинская помощь и вы находитесь за пределами зоны обслуживания?

Если вы находитесь вне территории обслуживания плана и не можете обратиться к сетевому поставщику, наш план покроет стоимость срочной медицинской помощи, оказанной любым другим поставщиком.

Наш план также покрывает неотложную медицинскую помощь, включая неотложную транспортировку, и срочную медицинскую помощь, за пределами Соединенных Штатов и их территорий на сумму до одной тысячи долларов США (\$1,000) в календарном году. Дополнительную информацию см. в таблице льгот в главе 4 данной брошюры.

Medicare не покрывает стоимость срочной медицинской помощи или любых других услуг, предоставленных за пределами Соединенных Штатов.

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

Раздел 3.3 Получение помощи в чрезвычайной ситуации

Если губернатор вашего штата, министр здравоохранения и социального обеспечения или президент Соединенных Штатов объявит чрезвычайное положение или стихийное бедствие в вашем регионе, вы по-прежнему будете иметь право на получение медицинского обслуживания в рамках своего плана.

Дополнительную информацию об обращении за услугами во время стихийных бедствий вы можете получить на нашем сайте www.CommonwealthCareSCO.org.

Как правило, в чрезвычайных ситуациях план позволяет получать помощь от внесетевых поставщиков на тех же условиях участия в затратах, которые действуют для сетевых поставщиков. В таком случае, если обратиться в сетевую аптеку невозможно, вы можете получить необходимые препараты, отпускаемые по рецепту, в любой внесетевой аптеке. Дополнительную информацию см. в разделе 2.5 главы 5.

РАЗДЕЛ 4 Что делать, если вам выставили счет на полную стоимость покрываемых услуг

Раздел 4.1 Вы можете обратиться к нам с просьбой об оплате покрываемых услуг

Если вы уже оплатили покрываемые медицинские услуги или только получили счет за них, ознакомьтесь с информацией в главе 6 (*Подача запроса об оплате счета за покрываемые медицинские услуги или препараты*).

Раздел 4.2 Что делать, если стоимость услуг не покрывается нашим планом

План Senior Care Options Program покрывает стоимость всех необходимых по медицинским показаниям услуг, указанных в таблице льгот плана (см. главу 4 этой брошюры), которые предоставляются в соответствии с правилами плана. Вы обязаны оплатить полную стоимость всех услуг, не покрываемых планом, если предоставляемые услуги не предусмотрены планом или получены от поставщика, не входящего в нашу сеть, и вы не получили разрешения от представителей плана на их получение.

Если вы не уверены, оплачивает ли план какие-либо медицинские услуги или уход, то до их получения вы можете обратиться к нам за уточнением. Также вы можете подать письменный запрос. Если вы получите ответ, что услуги не покрываются, вы имеете право подать апелляцию.

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

В главе 8 («Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)») содержится подробная информация о том, как подать запрос о вынесении решения о страховом покрытии или апелляцию в отношении принятого нами решения. Дополнительные сведения вы можете получить, обратившись в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Являясь участником плана Senior Care Options Program, вы платите \$0 за покрываемые услуги. Покрываемые услуги приведены в таблице льгот в разделе 2 главы 4.

РАЗДЕЛ 5 Как покрываются медицинские услуги при участии в клиническом исследовании

Раздел 5.1 Что такое клиническое исследование

Клиническое исследование (или клиническое испытание) проводится врачами и учеными для проверки новых методов лечения, например нового препарата для лечения рака. В ходе клинического исследования новый метод лечения (новый препарат) тестируется с участием добровольцев. Это один из завершающих этапов научной работы, который позволяет врачам и ученым понять, помогает ли новый метод (новый препарат) и безопасен ли он.

Не все клинические испытания доступны для участников нашего плана. Сначала научное исследование должно быть одобрено программой Medicare. Участвуя в исследовании, *не одобренном Medicare, вы обязаны самостоятельно оплачивать все сопутствующие расходы.*

Если исследование одобрено Medicare, представитель исследовательской группы свяжется с вами и расскажет об исследовании, а также проверит, соответствуете ли вы требованиям ученых, проводящих исследование. Вы можете участвовать в исследовании, если соответствуете требованиям *и* полностью осознаете и принимаете условия участия в исследовании.

Если вы участвуете в исследовании, которое одобрено в Medicare, программа Original Medicare компенсирует большинство расходов на покрываемые услуги в ходе исследования. Если вы принимаете участие в клиническом исследовании, это не влияет на участие в нашем плане, и вы продолжите получать услуги медицинского обслуживания (не связанные с исследованием) в рамках нашего плана.

Для участия в клиническом исследовании, одобренном Medicare, вам *не* нужно разрешение поставщика первичных медицинских услуг или представителей плана. Поставщики, предоставляющие вам медицинские услуги в рамках клинического исследования, могут *не* принадлежать к нашей сети поставщиков.

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

Даже если вам не нужно разрешение нашего плана для участия в клиническом исследовании, **вам следует сообщить нам об этом исследовании до его начала.**

Если вы планируете принять участие в клиническом исследовании, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на последней странице обложки данной брошюры), сообщите о своем участии в клиническом исследовании и уточните более конкретные сведения о выплатах, которые будут произведены планом.

Раздел 5.2 Кто оплачивает участие в клиническом исследовании

Если вы решили принять участие в клиническом исследовании, одобренном в Medicare, ваша страховка покрывает стоимость стандартных процедур и услуг исследования, в частности:

- проживание и питание в период пребывания в больнице, которые Medicare оплачивает, даже если вы не участвуете в исследовании;
- проведение операции или прочих медицинских процедур, являющихся частью исследования;
- лечение побочных эффектов и осложнений, возникших вследствие применения нового метода.

Original Medicare компенсирует затраты на большинство покрываемых услуг, входящих в исследование. После оплаты доли Medicare за эти услуги наш план покрывает остальные расходы. Вы не будете самостоятельно оплачивать покрываемые услуги, предоставляемые в рамках клинического исследования, так же, как и все остальные покрываемые услуги.

Чтобы мы могли оплатить соответствующую часть расходов, вам необходимо отправить запрос на оплату. С запросом необходимо отправить копию Medicare Summary Notices (уведомление Medicare) или другие документы, где будет указано, какие услуги вы получили в рамках исследования. Дополнительную информацию об отправке запросов на оплату см. в главе 6.

Когда вы принимаете участие в клиническом исследовании, **ни Medicare, ни наш план не покрывают перечисленные ниже расходы:**

- Стоимость новой услуги или принадлежности, испытываемых в ходе исследования (за исключением случаев, когда организация Medicare покрывала бы эти расходы, даже если бы вы *не* участвовали в данном исследовании).
- Товары или услуги, бесплатно предоставляемые вам или любому участнику исследования.
- Принадлежности или услуги, предоставляемые только для сбора данных и не используемые непосредственно для оказания вам медицинского ухода. Например, Medicare не оплатит ежемесячные сеансы компьютерной томографии,

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

проводимые в рамках исследования, если с учетом состояния вашего здоровья вам требуется только один такой сеанс.

Дополнительная информация

Чтобы узнать больше об участии в клинических исследованиях, ознакомьтесь с публикацией «Medicare and Clinical Research Studies» (Medicare и клинические исследования) на сайте www.medicare.gov. Вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. ПользователямTTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

РАЗДЕЛ 6 Правила покрытия услуг религиозных нелечебных учреждений здравоохранения**Раздел 6.1 Что такое религиозное нелечебное учреждение здравоохранения**

Религиозное нелечебное учреждение здравоохранения — это учреждение, обеспечивающее уход за пациентом в таком состоянии, при котором он обычно лечится в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода. Если лечение в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода противоречит религиозным убеждениям участника плана, мы покроем для него стоимость услуг религиозного нелечебного учреждения здравоохранения. В дальнейшем вы сможете получать медицинское обслуживание в любое время и по любой обоснованной причине. Данная льгота распространяется только на стационарное лечение (часть А) (нелечебные услуги здравоохранения). Программа Medicare оплатит только нелечебные услуги здравоохранения, предоставленные религиозными нелечебными учреждениями здравоохранения.

Раздел 6.2 Получение услуг религиозного нелечебного учреждения здравоохранения

Чтобы воспользоваться услугами религиозного нелечебного учреждения здравоохранения, необходимо подписать юридический документ, подтверждающий, что вы отказываетесь от «неисключенного» медицинского обслуживания.

- «Неисключенное» медицинское обслуживание — это любое медицинское обслуживание, которое является *добровольным* и *необязательным* по федеральным и местным законам, а также законам штата.
- «Исключенное» медицинское обслуживание — это любое медицинское обслуживание, которое *не* является добровольным или является *обязательным*

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

(оказывается независимо от усмотрения пациента) по любым федеральным или местным законам, а также законам штата.

Чтобы услуги, предоставляемые религиозным нелечебным учреждением здравоохранения, покрывались нашим планом, они должны отвечать следующим условиям:

- Учреждение, предоставляющее уход, должно быть сертифицировано Medicare.
- Наш план покрывает только услуги *нерелигиозного* характера.
- При получении услуг от такого учреждения в самом учреждении применяются следующие условия:
 - у вас должно быть такое состояние здоровья, которое позволяет получать покрываемые услуги при стационарном лечении или в учреждении квалифицированного сестринского ухода;
 - – *и* – вы должны получить наше предварительное разрешение, прежде чем обратитесь в учреждение, иначе мы не покроем стоимость вашего пребывания там.

В рамках плана Senior Care Options Program покрытие стоимости услуг стационарного лечения не имеет ограничений. Утвержденные услуги предоставляются вам бесплатно. Дополнительную информацию см. в таблице льгот в главе 4 данного *Подтверждения страхового покрытия*.

РАЗДЕЛ 7 Правила, действующие в отношении прав собственности на медицинское оборудование длительного пользования

Раздел 7.1 Переход медицинского оборудования длительного пользования в вашу собственность после внесения определенного количества платежей во время участия в нашем плане

Ваша команда медицинского обслуживания играет важную роль при определении наиболее подходящего медицинского оборудования для вас. К медицинскому оборудованию длительного пользования относятся ходунки, инвалидные коляски, костыли, динамические матрасные системы, лекарства и продукты для больных диабетом, внутривенные инфузионные помпы, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование, аэрозольные аппараты или кровати больничного типа, заказываемые поставщиком услуг для использования вами у себя дома. Определенные принадлежности, например протезы, всегда становятся собственностью участников, тогда как другие принадлежности могут предоставляться в аренду на определенное время, когда имеется потребность в них, обусловленная состоянием здоровья, и впоследствии должны быть возвращены в поставщику. Некоторые виды арендуемого оборудования предоставляются в аренду на срок

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

не более 13 месяцев (Capped Rental); по истечении 13 месяцев арендуемое оборудование переходит в собственность участника программы.

В рамках программы Original Medicare участники, арендующие определенные типы медицинского оборудования длительного пользования, становятся владельцами оборудования после выплаты 13 ежемесячных взносов за пользование оборудованием.

После того как вы регистрируетесь в плане Senior Care Options Program, команда медицинского обслуживания вместе с вами и любыми wybranными вами представителями (например, членами семьи) разработает для вас индивидуальный план медицинского обслуживания. Также команда медицинского обслуживания будет пересматривать ваши потребности по крайней мере каждые 6 месяцев (а при необходимости и чаще) при вашем активном участии. Если ваша потребность в медицинском оборудовании или принадлежности является временной, Commonwealth Care Alliance может предоставить в краткосрочную аренду определенные виды оборудования длительного пользования. Тем не менее, при условии, что арендуемый предмет медицинского оборудования длительного пользования вам необходим по медицинским показаниям, у вас имеется долгосрочная потребность в нем и соответствующее одобрение, вы можете получить его в собственность. Вы ничего не платите за покрываемые медицинские услуги, в т. ч. и за медицинское оборудование длительного пользования. Может потребоваться получение предварительного разрешения. Дополнительную информацию см. в таблице льгот в разделе 2 главы 4.

Что произойдет с выплатами, произведенными за медицинское оборудование длительного пользования, если вы захотите перейти на программу Original Medicare

Если во время участия в нашем плане вы не получили права собственности на медицинское оборудование длительного пользования, вам необходимо будет внести еще 13 последовательных взносов в рамках программы Original Medicare, чтобы стать владельцем этого оборудования. Предыдущие выплаты, произведенные в период участия в нашем плане, не будут учитываться при выплате этих 13 последующих взносов.

Если вы внесли менее 13 платежей за медицинское оборудование длительного пользования в рамках программы Original Medicare до регистрации в нашем плане, они также не учитываются при подсчете 13 последовательных взносов. Потребуется сделать 13 новых последующих выплат за медицинскую принадлежность после возвращения в программу Original Medicare, чтобы стать владельцем принадлежности. При возобновлении участия в Original Medicare никаких исключений из этого правила не делается.

Глава 3. Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана

РАЗДЕЛ 8 Правила в отношении кислородного оборудования, расходных материалов и технического обслуживания

Раздел 8.1 На какие льготы в отношении кислородного оборудования вы имеете право

Если вы отвечаете условиям, при которых программа Medicare покрывает кислородное оборудование, то для участников плана Senior Care Options Program предусмотрено следующее покрытие:

- Аренда кислородного оборудования
- Доставка кислорода и кислородных компонентов
- Трубки и сопутствующие принадлежности для доставки кислорода и кислородных компонентов
- Техническое обслуживание и ремонт кислородного оборудования

Кислородное оборудование необходимо вернуть поставщику оборудования длительного пользования, если оно вам больше не требуется по медицинским показаниям или вы перестали быть участником плана Senior Care Options Program.

Раздел 8.2 Что произойдет при выходе из плана и возврате к программе Original Medicare

При возврате к программе Original Medicare вы заново начинаете 36-месячный цикл, который возобновляется каждые пять лет. Например, если вы в течение 36 месяцев оплачивали аренду кислородного оборудования, а затем были участником плана Senior Care Options Program в течение 12 месяцев, то при возврате к программе Original Medicare вы оплатите полную стоимость участия в затратах для покрытия кислородного оборудования.

ГЛАВА 4

*Таблица льгот: перечень
покрываемых услуг*

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

РАЗДЕЛ 1	Основные сведения о покрываемых услугах.....	70
Раздел 1.1	Покрываемые услуги предоставляются бесплатно.....	70
РАЗДЕЛ 2	Использование <i>таблицы льгот</i> для поиска покрываемых услуг и препаратов	70
Раздел 2.1	Льготы участников плана при получении долгосрочного медицинского обслуживания, а также услуг на дому или на базе учреждения по месту жительства	70
РАЗДЕЛ 3	Услуги, не покрываемые планом	135
Раздел 3.1	Услуги, <i>не</i> покрываемые планом (исключения).....	135

РАЗДЕЛ 1 Основные сведения о покрываемых услугах

В этой главе рассказано, на какие услуги распространяется страховое покрытие. Также в ней приведена таблица льгот с перечнем покрываемых услуг для участников плана Senior Care Options Program. Далее в этой главе приводится информация о медицинских услугах, на которые не распространяется страховое покрытие. В ней также содержится описание ограничений на определенные услуги.

Раздел 1.1	Покрываемые услуги предоставляются бесплатно
-------------------	---

Поскольку вы получаете помощь от MassHealth (Medicaid), покрываемые услуги предоставляются вам бесплатно, если соблюдаются правила плана для получения услуги (подробную информацию о правилах плана для получения обслуживания см. в главе 3).

РАЗДЕЛ 2 Использование *таблицы льгот* для поиска покрываемых услуг и препаратов

Раздел 2.1	Льготы участников плана при получении долгосрочного медицинского обслуживания, а также услуг на дому или на базе учреждения по месту жительства
-------------------	--

В таблице льгот, которая приводится на следующих страницах, перечислены услуги, покрываемые планом Senior Care Options Program. Мы оплачиваем эти услуги только при соблюдении перечисленных ниже требований к страховому покрытию.

- Покрытие медицинских услуг по программам Medicare и MassHealth (Medicaid) должно осуществляться в соответствии с правилами страхового покрытия, установленными в Medicare и MassHealth (Medicaid).
- Услуги (в том числе медицинский уход, обслуживание, расходные материалы и оборудование) *должны* быть необходимы с медицинской точки зрения. Необходимость с медицинской точки зрения означает, что услуги, расходные материалы или препараты необходимы вам для предотвращения заболевания или осложнений, диагностики или лечения и соответствуют принятым стандартам в медицинской практике.
- Медицинское обслуживание вы получаете у сетевого поставщика. В большинстве случаев затраты на услуги внесетевых поставщиков не покрываются. В главе 3 приведены дополнительные сведения о требованиях к использованию услуг сетевых поставщиков и ситуации, в которых покрывается стоимость услуг внесетевых поставщиков.
- У вас есть поставщик первичных медицинских услуг (PCP), который обеспечивает уход и координирует его.

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

- Для некоторых услуг, перечисленных в таблице льгот, покрытие предоставляется *только* при условии, что ваш врач или другой сетевой поставщик получил от нас предварительное одобрение (иногда оно называется предварительным разрешением). Покрываемые услуги, для которых требуется предварительное разрешение, выделены в таблице льгот курсивом.

Прочая важная информация о страховом покрытии:

- Вы застрахованы по двум программам: Medicare и MassHealth (Medicaid). Medicare покрывает медицинское обслуживание и препараты, отпускаемые по рецепту врача. MassHealth (Medicaid) покрывает ваши обязательства по частичной оплате услуг по программе Medicare, а также доплату за услуги и препараты, которые в иных обстоятельствах вам пришлось бы оплачивать. MassHealth (Medicaid) дополнительно покрывает услуги, не предусмотренные программой Medicare, например долгосрочный уход, услуги на дому и на базе учреждения по месту жительства, стоматологические услуги, препараты, отпускаемые без рецепта врача, и иное.
- Как и во всех остальных планах медицинского страхования Medicare, мы оплачиваем все услуги и препараты, покрываемые программой Original Medicare. (Подробную информацию о страховом покрытии и расходах участников программы Original Medicare см. в своем экземпляре справочника *Medicare & You* («Medicare и вы») на 2021 год. Вы можете ознакомиться с ним на сайте www.medicare.gov или запросить печатный экземпляр по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.)
- Все профилактические услуги, предоставляемые бесплатно по программе Original Medicare, мы также предоставляем бесплатно участникам нашего плана.
- В некоторых случаях в программу Medicare в течение года добавляется покрытие новых услуг в рамках плана Original Medicare. Если в течение 2021 года в программу Medicare будет добавлено страховое покрытие каких-либо услуг, то стоимость их будет покрываться нашим планом или Medicare.
- Поскольку вы получаете помощь от MassHealth (Medicaid), покрываемые услуги предоставляются вам бесплатно, если соблюдаются правила плана для получения услуги (подробную информацию о правилах плана для получения обслуживания см. в главе 3). В рамках соглашения с MassHealth (Medicaid) нашим планом также предоставляются дополнительные льготы, согласованные с вашим индивидуальным планом медицинского обслуживания. Наш план обеспечивает страховое покрытие медицинских услуг, в число которых входит долгосрочная медицинская помощь, услуги на дому и на базе учреждения по месту жительства, стоматологические услуги, а также некоторые рецептурные препараты, которые обычно не оплачиваются в рамках программы Medicare. План Senior Care Options Program предусматривает помощь в получении всех этих льгот, чтобы вы смогли пользоваться медицинским обслуживанием и финансовой поддержкой согласно

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

условиям вашего страхового плана. В приведенной далее таблице льгот перечислены все льготы.

- В течение месячного периода вашего предполагаемого дальнейшего участия в плане мы продолжим предоставлять вам все льготы Medicare, покрываемые планом Medicare Advantage. Однако мы не будем продолжать покрытие льгот MassHealth (Medicaid), которые предоставляются штатом по программе MassHealth (Medicaid), а также оплачивать ваши страховые взносы за участие в Medicare и другие расходы, которые обычно оплачиваются штатом. Чтобы сохранить свое право на дальнейшее участие в программе MassHealth, вам следует взаимодействовать с соответствующим отделением MassHealth (Medicaid). В этот период не будут меняться суммы совместных расходов на базовые услуги по программе Medicare и дополнительные льготы.

Все услуги, перечисленные в таблице льгот, предоставляются вам бесплатно при соблюдении описанных ранее требований к страховому покрытию.

Важная информация о льготах для зарегистрированных участников с определенными хроническими заболеваниями

- Если поставщик плана диагностирует у вас одно из (или несколько) хронических заболеваний, приведенных ниже, при этом если вы соответствуете определенным медицинским критериям, то для вас могут быть доступны и другие целевые дополнительные льготы и (или) целевое уменьшение сумм по условиям участия в затратах.
 - К хроническим заболеваниям относятся:
 - Хроническая алкогольная и наркозависимость;
 - Аутоимунное расстройство;
 - Рак;
 - Неврологические расстройства;
 - Хронические и инвалидизирующие психические расстройства;
 - Деменция;
 - Сердечно-сосудистые заболевания;
 - Сахарный диабет;
 - Хроническая сердечная недостаточность;
 - Терминальная стадия заболевания печени;
 - Терминальная хроническая почечная недостаточность;
 - Серьезные гематологические нарушения;
 - ВИЧ/СПИД;
 - Хронические заболевания легких;
 - Инсульт;

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)


- Другие хронические заболевания. Если у вас есть вопросы по поводу вашего соответствия критериям, обратитесь к вашему партнеру по медицинскому обслуживанию.
- **Важная информация о льготах для всех зарегистрированных участников, также получающих услуги планирования мероприятий по оздоровлению и медицинскому обслуживанию (Wellness and Health Care Planning, WHP)**
- Поскольку план Senior Care Options Program также участвует в хосписной программе и в программе паллиативного ухода Life Choices, вы будете иметь право на следующие услуги WHP, включая услуги предварительного планирования медицинского ухода (advance care planning, ACP):
 - Все участники плана Senior Care Options Program имеют доступ к следующим услугам WHP независимо от участия в программе Life Choices или хосписной программе:
 - Ежегодный профилактический осмотр
 - Оценка рисков для здоровья по программе Medicare
 - Программа координации обслуживания Care Management Program
 - Обследование на дому
 - Предварительное планирование медицинского ухода (ACP)
 - Пользование услугами WHP и ACP является добровольным. Участники могут отказаться от предложений WHP и ACP.

Являясь участником программ хосписа и паллиативного ухода Life Choices в рамках плана Senior Care Options Program, вы имеете доступ к услугам WHP.



В таблице льгот профилактические услуги отмечены значком яблока. План покрывает профилактические услуги по программе Medicare.

Таблица льгот

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Обследование для выявления аневризмы брюшной аорты Однократное ультразвуковое обследование для лиц с повышенным риском. Стоимость этого обследования покрывается планом только при наличии определенных факторов риска. <i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0. Правила о состраховании, доплатах и франшизе не применимы к данному профилактическому обследованию, если участник имеет право на его прохождение.</p>



Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Иглоукальвание для лечения хронической боли в пояснице</p> <p>Покрываемые услуги включают: иглоукальвание для лечения боли в пояснице и других состояний согласно условиям покрытия в рамках MassHealth (см. «Иглоукальвание» ниже в данном разделе).</p> <p>До 12 посещений в течение 90 дней покрываются для участников Medicare при следующих обстоятельствах: при наличии медицинских показаний</p> <p>В рамках данной льготы хроническая боль в пояснице определяется следующим образом:</p> <ul style="list-style-type: none">• присутствует в течение 12 недель или более;• является неспецифичной, т. е. отсутствует определяемая системная причина (не связана с метастатическим, воспалительным, инфекционным заболеванием и т. д.);• не связана с хирургической операцией; и• не связана с беременностью. <p>Дополнительные восемь сеансов будут предоставлены тем пациентам, у которых отмечается улучшение. В течение года допускается выполнение не более 20 процедур иглоукальвания.</p> <p>Лечение необходимо прекратить, если пациенту не становится лучше или становится хуже.</p> <p>Иглоукальвание</p> <p>Наша программа страхования покрывает иглоукальвание за счет льгот MassHealth (Medicaid) дополнительно к вышеуказанным услугам, покрываемым Medicare.</p> <p>Страховым покрытием плана предусмотрено до 36 посещений в течение одного календарного года в рамках MassHealth, если иное не утверждено вашим индивидуальным планом медицинского обслуживания. 36 посещений не суммируются с 20 покрываемыми посещениями, указанными выше, если они предназначены для лечения боли в пояснице. При наличии медицинских показаний общее количество посещений, покрываемых Medicare и MassHealth, будет равно 36.</p>	Вы платите \$0.

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)



Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Дневной медицинский уход за взрослыми Дневная программа для лиц, которые имеют право пользоваться организованной программой услуг медсестры и наблюдения, помощью в повседневных действиях (например, прием пищи, туалет, упражнения и прием лекарств), услугами поддерживающей терапии и социализации. План покрывает дневной уход за взрослыми, оплачиваемый по программе MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	Вы платите \$0.
<p>Опека над взрослыми Услуги предоставляются участнику плана в домашних условиях квалифицированным поставщиком, который утвержден агентством, специализирующемся в опеке над взрослыми. Сюда относятся помощь в повседневных действиях (купание, одевание, приготовление и прием пищи, совершение покупок) и другие необходимые услуги личного ухода, а также наблюдение за состоянием здоровья. Медицинское наблюдение, обучение и подготовку поставщика услуг, а также управление обслуживанием осуществляет медсестра (в т. ч. высшей квалификации) из команды медицинского обслуживания. План покрывает услуги опеки над взрослыми, предоставляемые по программе MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	Вы платите \$0.
<p>Индивидуальное обучение лиц с болезнью Альцгеймера Услуги для участников плана и лиц, осуществляющих уход за ними, целью которых является поддержка людей, страдающих болезнью Альцгеймера и связанными с нею нарушениями.</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	Вы платите \$0.

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Услуги скорой помощи</p> <ul style="list-style-type: none">• К числу покрываемых услуг скорой помощи относится доставка самолетом, вертолетом или автомобилем скорой помощи в ближайшее подходящее медицинское учреждение, в котором может быть оказана помощь (только при наличии надлежащего оборудования) участнику плана, которому по состоянию здоровья противопоказаны иные способы перевозки (т. е. они могут быть опасны для здоровья), а также если это утверждено планом.• Перевозка транспортом скорой помощи в неэкстренных случаях допускается только при наличии документального подтверждения того, что по состоянию здоровья участнику плана противопоказаны иные способы перевозки (т. е. они могут быть опасны для здоровья), и транспортные услуги скорой помощи необходимы по медицинским показаниям.	Вы платите \$0.
<p><i>Для перевозки медицинским транспортом в неэкстренных случаях требуется предварительное разрешение.</i></p>	
<p>Наш план также покрывает неотложную медицинскую помощь, включая неотложную транспортировку, и срочную медицинскую помощь за пределами Соединенных Штатов и их территорий на сумму до одной тысячи долларов США (\$1,000) в календарном году. Дополнительную информацию см. в разделах «<i>Неотложная медицинская помощь</i>» и «<i>Срочная медицинская помощь</i>» далее в этой таблице.</p>	
<p>Дополнительную информацию об услугах неэкстренной транспортировки, покрываемых планом по программе MassHealth (Medicaid), см. в разделе «<i>Транспортировка</i>» далее в этой таблице.</p>	



Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Ежегодный профилактический осмотр</p> <p>Если вы более 12 месяцев являетесь участником части В, вы можете пройти ежегодный осмотр для проверки состояния здоровья с целью разработки или корректировки индивидуального плана профилактических мероприятий с учетом текущего состояния здоровья и факторов риска. Эта услуга покрывается раз в 12 месяцев.</p> <p>Примечание: Первый ежегодный осмотр для проверки состояния здоровья проводится не ранее чем через 12 месяцев после профилактического осмотра «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare). Однако если вы более 12 месяцев являетесь участником части В, вам не нужно проходить профилактический осмотр при регистрации в программе Medicare для получения права на бесплатный ежегодный осмотр для проверки состояния здоровья.</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Сострахование, доплаты и франшиза не применяются при ежегодном профилактическом осмотре.</p>
<p> Денситометрия костей</p> <p>Участники, которые соответствуют определенным критериям (как правило, это лица с риском потери костной массы или развития остеопороза), получают компенсацию затрат на следующие услуги каждые 24 месяца или чаще, если это необходимо по медицинским показаниям: процедура определения костной массы, обнаружение разрежения (рарефикации) костей и определение их прочности, а также объяснение результатов врачом.</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Сострахование, доплаты и франшиза не применяются, если денситометрия покрывается страховкой Medicare.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Обследование для выявления рака груди (маммограмма)</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Одна скрининговая маммография каждые 12 месяцев для женщин в возрасте 40 лет и старше • Клинический осмотр молочной железы раз в 24 месяца <p>Кроме того, планом могут покрываться затраты на дополнительные осмотры и клинические обследования, оплачиваемые по программе MassHealth (Medicaid), если такие процедуры необходимы по медицинским показаниям.</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Сострахование, доплаты и франшиза не применяются, если маммограммы покрываются страховкой.</p>
<p>Реабилитационные услуги при заболеваниях сердца</p> <p>Покрытие затрат на комплексные программы кардиореабилитационных услуг, в которые входят упражнения, обучение и консультации, предоставляется участникам плана, отвечающим определенным условиям и имеющим направление от врача. План также покрывает интенсивные программы реабилитационных услуг при заболеваниях сердца, как правило, углубленные и более интенсивные по сравнению с обычными программами реабилитационных услуг при заболеваниях сердца.</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p>
<p> Осмотр с целью снижения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (терапия сердечно-сосудистых заболеваний)</p> <p>План покрывает одно посещение основного лечащего врача в год, цель которого — снижение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В ходе этого посещения врач может обсудить с вами использование аспирина (если это допустимо), проверить ваше кровяное давление и дать ряд советов касательно полноценного питания.</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Сострахование, доплаты и франшиза не применяются в случае интенсивной поведенческой терапии для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.</p>


Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Обследование для выявления сердечно-сосудистых заболеваний</p> <p>Предусматривает анализ крови для выявления сердечно-сосудистых заболеваний (или отклонений, связанных с повышенным риском развития таких заболеваний) один раз в 5 лет (60 месяцев).</p> <p>Кроме того, план покрывает затраты на дополнительные анализы крови, оплачиваемые по программе MassHealth (Medicaid), если таковые необходимы по медицинским показаниям.</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Сострахование, доплаты и франшиза не применяются при обследованиях для выявления сердечно-сосудистых заболеваний, покрываемых один раз в пять лет.</p>
<p> Обследование для выявления рака шейки матки и влагалища</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Для всех женщин: мазок Папаниколау и гинекологические исследования по страховке один раз в 24 месяца; • При повышенном риске развития рака шейки матки или рака влагалища или при обнаружении отклонений в мазке Папаниколау за последние три года у пациентки детородного возраста — один мазок Папаниколау каждые 12 месяцев. <p>Планом также могут покрываться дополнительные мазки Папаниколау и гинекологические исследования, оплачиваемые по программе MassHealth (Medicaid), если таковые необходимы по медицинским показаниям.</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>В отношении покрываемого программой Medicare профилактического гинекологического осмотра и мазка Папаниколау не применяются сострахование, доплаты и франшиза.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Услуги мануальной терапии</p> <p>План Medicare покрывает стоимость мануальных процедур на позвоночнике, направленных на исправление подвывиха.</p> <p>Кроме того, план покрывает регулярный уход, посещения врача и рентгенологические исследования за счет льгот MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Страховым покрытием плана предусмотрено 36 посещений в течение одного календарного года, если иное не утверждено вашим индивидуальным планом медицинского обслуживания.</i></p>	Вы платите \$0.
<p>Помощь по дому</p> <p>Помощь участникам в ведении домашнего хозяйства и (или) устранении или предотвращении вредного воздействия окружающей среды которое представляет угрозу для здоровья и безопасности участников. План покрывает услуги помощи по дому в рамках программы MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	Вы платите \$0.

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Обследование для выявления рака кишечника Для лиц в возрасте 50 лет и старше покрываются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гибкая сигмоидоскопия (или скрининговая ирригоскопия в качестве альтернативы) каждые 48 месяцев <p>Один вид обследования из перечисленных далее один раз в 12 месяцев:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гваяковая проба на скрытую кровь в кале (gFOBT) • Иммунохимический тест на скрытую кровь в кале (FIT) <p>Обследование кишечника с применением ДНК-диагностики раз в 3 года.</p> <p>Для лиц с повышенным риском развития рака кишечника покрываются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Скрининговая колоноскопия (или скрининговая ирригоскопия в качестве альтернативы) каждые 24 месяца <p>Для лиц без повышенного риска развития рака кишечника покрываются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Скрининговая колоноскопия каждые 10 лет (120 месяцев), за исключением периода в 48 месяцев после скрининговой сигмоидоскопии <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Сострахование, доплаты и франшиза не применяются, если скрининговое обследование для выявления колоректального ракового заболевания покрывается страховкой Medicare.</p>
<p>Услуги сопровождения Услуги сопровождения помогают здоровым участникам проживать у себя дома, получая необходимую помощь. Это деятельность, связанная с социализацией и оздоровлением, помощь в приготовлении легких блюд, совершении покупок, выполнение различных поручений и сопровождение на приемы к врачам, к местам приема пищи, а также на прогулках. План покрывает услуги сопровождения в рамках программы MassHealth (Medicaid). <i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p>
<p>Постоянные услуги медсестры/частный сестринский уход Специализированные постоянные услуги опытной дипломированной медсестры. План покрывает эти услуги, предоставляемые в рамках программы MassHealth (Medicaid). <i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Повседневный уход (долгосрочное пребывание в центре сестринского ухода) Услуги, предоставляемые центрами сестринского ухода. В рамках плана Senior Care Options Program не оплачиваются бытовые услуги (телевидение и т. п.). План также покрывает транспортные услуги. План покрывает услуги повседневного ухода в рамках программы MassHealth (Medicaid). <i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	<p>Вы платите \$0. Если программа MassHealth (Medicaid) определит, что вы должны платить ежемесячный сбор под названием Patient Paid Amount (PPA) за услуги повседневного ухода, вы несете ответственность за его уплату в пользу MassHealth (Medicaid).</p>
<p>Пансионат с дневным пребыванием Структурированная целевая программа активного лечения, направленная на оказание медицинских, терапевтических услуг и услуг пансионата для лиц с отклонениями в развитии, которым требуется активное лечение. План покрывает услуги пансионата с дневным пребыванием в рамках программы MassHealth (Medicaid). <i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p>



Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)


Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Стоматологические услуги Как правило, затраты на профилактические стоматологические услуги (например, чистка, плановый осмотр у стоматолога или снимок зуба) не покрываются программой Original Medicare.</p> <p>Мы покрываем указанные услуги в рамках программы MassHealth (Medicaid):</p> <p><u>Профилактика/диагностика:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • профилактические услуги, такие как чистка • плановые осмотры • рентген <p><u>Реставрация:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • пломбирование • коронки* • замена коронок* • эндодонтическое лечение (лечение каналов)* <p><u>Пародонтологическое лечение:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • удаление зубного камня и выравнивание поверхности корней* • пародонтологический уход <p><u>Зубные протезы (съёмные):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • полное зубное протезирование • частичное зубное протезирование* • перебазирование и корректировка полных зубных протезов <p><u>Установка имплантов:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • не более четырех имплантов в целях поддержки полных зубных протезов* <p><u>Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • удаление зубов • биопсия и операции на мягких тканях* • альвеопластика • костная пластика* 	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Услуги должны оказываться сетевым поставщиком стоматологических услуг.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)


Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Стоматологические услуги (продолжение)</p> <p><i>Нижеперечисленные услуги покрываются без предварительного разрешения:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• плановые осмотры и рентген• профилактические услуги, включая чистку• пломбирование• полные зубные протезы и перебазирование зубных протезов• безоперационное удаление• неотложная медицинская помощь <p>Плановые осмотры, рентген и чистка покрываются дважды за календарный год.</p> <p>Расходы на полные и частичные зубные протезы, а также коронки покрываются раз в пять лет. Могут применяться и другие ограничения.</p> <p>План Senior Care Options Program, предлагаемый компанией Commonwealth Care Alliance, оставляет за собой право передать план лечения, предложенный вашим стоматологом, на рассмотрение эксперту в области стоматологии, если возникнет необходимость оценить целесообразность курса лечения.</p> <p>Ваш сетевой поставщик стоматологических услуг обязан самостоятельно согласовывать оказание всех стоматологических услуг, требующих предварительного одобрения.</p> <p><i>* Для оказания перечисленных услуг, а также дополнительных услуг может потребоваться предварительное согласование.</i></p> <p>Если вам понадобится подробный список, позвоните в службу поддержки участников по номеру, указанному на задней стороне обложки данной брошюры.</p>	

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Обследование для выявления депрессии</p> <p>План покрывает одно обследование для выявления депрессии в год в рамках программы Medicare. План также покрывает дополнительные услуги и обследования в рамках программы MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Сострахование, доплаты и франшиза не применяются при ежегодном обследовании для выявления депрессии.</p>
<p> Обследование для выявления диабета</p> <p>Мы покрываем стоимость такого обследования (в т. ч. анализ уровня глюкозы в крови натощак), если у вас наблюдаются какие-либо из следующих факторов риска: высокое кровяное давление (гипертония), отклонения уровней холестерина и триглицеридов (дислипидемия), ожирение или высокое содержание сахара (глюкозы) в крови. Покрытие затрат на обследования предоставляется также при соответствии другим критериям — например, наличие избыточного веса и семейного анамнеза диабета. На основе полученных результатов мы можем предоставить покрытие стоимости двух обследований для выявления диабета каждые 12 месяцев.</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Сострахование, доплаты и франшиза не применяются, если обследование для выявления диабета покрывается страховкой Medicare.</p>

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Обучение больных диабетом самостоятельной заботе о здоровье, товары и услуги, предназначенные для таких больных</p> <p>Для всех лиц, страдающих диабетом (использующих и не использующих инсулин), план покрывает следующие услуги в рамках программы Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Средства для контроля уровня глюкозы в крови: глюкометр, тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови, ланцетные устройства и ланцеты, а также средства контроля уровня глюкозы для проверки точности тест-полосок и глюкометров.• Для лиц, страдающих диабетом, с синдромом диабетической стопы в обостренной форме: одна пара терапевтической обуви, изготовленной по индивидуальному заказу, на один календарный год (в т. ч. вкладные стельки, прилагаемые к такой обуви) и две дополнительные пары вкладных стелек, либо одна пара просторной обуви и три пары стелек (помимо стандартных съемных стелек, прилагаемых к такой обуви). Подбор размера также входит в покрытие.• Стоимость обучения больных диабетом самостоятельному уходу за своим здоровьем покрывается на особых условиях.	Вы платите \$0.
<p>Кроме того, план покрывает стоимость дополнительных услуг, оплачиваемых по программе MassHealth (Medicaid).</p>	
<p>Наш план сотрудничает с организацией Abbott Diabetes Care, являющейся предпочтительным поставщиком глюкометров и тест-полосок для участников, страдающих диабетом. Такая продукция включает: приборы для измерения уровня сахара марок FreeStyle Lite®, FreeStyle Freedom Lite®, Precision Xtra®, тест-полоски марок FreeStyle Lite®, Precision Xtra®, Precision Xtra® Beta Ketone.</p>	
<p>Чтобы получить новый глюкометр и тест-полоски, необходимо обратиться за рецептом к своему поставщику медицинских услуг и предъявить его в аптеке по месту жительства, либо связаться с Abbott Diabetes Care, позвонив по телефону 1-800-522-5226 или обратившись на сайт www.AbbottDiabetesCare.com</p>	

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
 Обучение больных диабетом самостоятельной заботе о здоровье, товары и услуги, предназначенные для таких больных (продолжение)	
<i>Для получения продукции из данного ассортимента товаров Abbot Diabetes Care не требуется предварительное согласование. Для получения глюкометров, систем непрерывного мониторинга глюкозы (CGM) и тест-полосок других производителей требуется предварительное разрешение.</i>	
<i>Для обучения больных диабетом самостоятельной заботе о здоровье, а также для получения товаров и услуг, предназначенных для больных диабетом, от поставщиков, с которыми у нас имеется договор, предварительное разрешение не требуется.</i>	
<i>Если вам понадобится дополнительная информация, позвоните в службу поддержки участников по номеру, указанному на задней стороне обложки данной брошюры.</i>	

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Психологическая помощь, оказываемая по месту проживания</p> <p>Вы можете воспользоваться этими услугами по месту проживания, если не хотите проходить курс лечения в больнице или специализированном учреждении, оказывающем психиатрическую и психологическую помощь. Ваш поставщик первичных медицинских услуг/команда медицинского обслуживания определяют (при вашем участии), подходят ли вам такие услуги, а затем внесут их в ваш индивидуальный план медицинского обслуживания.</p> <p>Психологическая помощь, оказываемая по месту проживания, включает, помимо прочего:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Медицинский контроль абстинентного состояния в условиях стационара • Услуги неотложной поведенческой терапии, в том числе по программе неотложного обследования, краткосрочное кризисное консультирование, медикаментозное выведение из кризисного состояния и специализированные услуги • Стабилизационные услуги при кризисных ситуациях по месту жительства • Программу социальной поддержки Community Support Program (CSP) • Программу социальной поддержки для хронически бездомных Community Support Program (CSP) • Услуги клинической поддержки программ лечения зависимостей • Программу интенсивного амбулаторного лечения • Краткосрочное наблюдение в стационарных условиях • Частичную госпитализацию • Психиатрическое дневное лечение • Структурированные амбулаторные программы лечения зависимости • Поддержку куратора (Recovery Support Navigator) в период излечения от зависимости • Поддержку консультанта (Recovery Coach) в период излечения от зависимости • Услуги реабилитации в условиях стационара 	<p>Вы платите \$0.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Психологическая помощь, оказываемая по месту проживания (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none">• Программы интенсивного лечения в условиях сообщества (Programs for Assertive Community Treatment, ПАСТ)• Услуги телемедицины (Telehealth) <p><i>Предварительное разрешение не требуется.</i></p> <p>Более подробную информацию о дополнительных услугах по охране психического здоровья см. далее в этой таблице в разделе «Амбулаторные услуги по охране психического здоровья».</p>	


Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Медицинское оборудование длительного пользования и сопутствующие товары (Определение термина «медицинское оборудование длительного пользования» см. в главе 11 данной брошюры.)</p> <p>Оборудование, покрываемое планом в рамках программы Medicare, включает, помимо прочего: кресла-коляски, костыли, больничные койки, внутривенные инфузионные помпы, кислородное оборудование, аэрозольные аппараты и вспомогательные приспособления для ходьбы.</p> <p>Кроме того, план покрывает затраты на определенные дополнительные расходные материалы и оборудование, оплачиваемые по программе MassHealth (Medicaid). К покрываемым сопутствующим товарам относятся, помимо прочего:</p> <ul style="list-style-type: none"> • подгузники для взрослых; • мочевые катетеры; • индивидуальные системы вызова неотложной помощи (PERS); • система Wander Response — система/устройство связи и оповещения, предназначенное для участников, подверженных риску дезориентации; • поручни для ванн и душевых; • услуги по адаптации окружающей обстановки, включающие умеренную адаптацию жилищных условий, незначительные изменения в доме, предоставление адаптационного оборудования участникам, которым это необходимо для безопасного и независимого проживания в обществе; • технические средства реабилитации; • устройства альтернативной и дополнительной коммуникации; • услуги по ремонту и модификации/адаптации жилого помещения. <p>Покрытие предоставляется на все необходимое с медицинской точки зрения оборудование длительного пользования, оплачиваемое по программе Original Medicare. Если у нашего поставщика в месте вашего проживания отсутствует оборудование определенной марки или определенного производителя, обратитесь к нему с просьбой предоставить данное оборудование по спецзаказу.</p>	<p>Вы платите \$0.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Медицинское оборудование длительного пользования и сопутствующие товары (продолжение)</p> <p><i>В отношении определенного оборудования длительного пользования (DME) могут действовать ограничения. Может потребоваться предварительное разрешение. Если вам понадобится подробный список, позвоните в службу поддержки участников по номеру, указанному на задней стороне обложки данной брошюры.</i></p>	
<p>Неотложная медицинская помощь</p> <p>Неотложная медицинская помощь должна:</p> <ul style="list-style-type: none"> • предоставляться поставщиком, имеющим право на оказание услуг неотложной медицинской помощи, и • требоваться для оценки или стабилизации состояния здоровья в экстренной ситуации. <p>Неотложная медицинская помощь требуется в случаях, когда вы или другой человек, обладающий общими знаниями в области здравоохранения и медицины, наблюдает у вас медицинские симптомы, требующие немедленного медицинского вмешательства для сохранения жизни, конечности или функции конечности. К таким симптомам могут относиться заболевание, травма, острая боль или быстрое ухудшение состояния здоровья.</p> <p>За неотложной медицинской помощью можно обратиться к поставщику услуг, не входящему в сеть нашего плана, если входящие в сеть поставщики временно недоступны или не могут вас принять.</p> <p>Вы можете получить неотложную медицинскую помощь в любое время в любой части Соединенных Штатов и их территорий.</p> <p>Наш план также покрывает неотложную медицинскую помощь, включая неотложную транспортировку, и срочную медицинскую помощь за пределами Соединенных Штатов и их территорий на сумму до одной тысячи долларов США (\$1,000) в календарном году. Это дополнительная льгота, покрываемая нашим планом страхования.</p> <p>Подробную информацию о неотложной помощи см. в главе 3.</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Если неотложную медицинскую помощь вам оказали в больнице, не входящей в нашу сеть, и после стабилизации состояния здоровья вам необходимо стационарное лечение, вы должны проходить такой курс лечения в сетевой или утвержденной планом внесетевой больнице, чтобы оказываемые вам услуги и в дальнейшем покрывались страховкой.</p>

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Услуги, связанные с утверждением половой идентичности/сменой пола</p> <p>План покрывает услуги по смене пола. В том числе: мастэктомия, хирургическое увеличение груди, гистерэктомия, сальпингэктомия, овариэктомия или реконструктивная хирургия половых органов.</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение. Ваш поставщик медицинских услуг будет обязан предоставить для ознакомления вашу медицинскую карту.</i></p> <p>Страховое покрытие не распространяется на услуги и процедуры, относящиеся к косметической хирургии и повторной смене пола.</p> <p>За дополнительной информацией обращайтесь к своей команде медицинского обслуживания.</p>	Вы платите \$0.
<p>Закупка и доставка продуктов</p> <p>План покрывает эти услуги в рамках программы MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	Вы платите \$0.
<p>Групповая опека над взрослыми</p> <p>Предусматривает проживание в специализированных учреждениях с предоставлением частичного ухода и (или) личного ухода в жилых комплексах для людей пожилого возраста (включая социальное жилье) для участников, у которых есть риск помещения в учреждения закрытого типа. При этом ежедневно оказывается помощь в личной гигиене и ведении домашнего хозяйства, предоставляются услуги прачечной, а также контролируется прием лекарств. План покрывает услуги групповой опеки над взрослыми в рамках программы MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	Вы платите \$0.

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Просветительские программы, посвященные профилактике и здоровому образу жизни</p> <p>План покрывает профилактические услуги по программе Medicare. Такие услуги перечислены отдельно в таблице льгот и помечены значком яблока. Прочие программы, посвященные профилактике и здоровому образу жизни, не покрываются планом в рамках программы Medicare.</p> <p>В рамках программы MassHealth (Medicaid) покрываются дополнительные услуги и программы, включающие, помимо прочего:</p> <ul style="list-style-type: none">• Занятия по санитарному просвещению• Программу обучения самостоятельному контролю хронических заболеваний• Программу обучения самостоятельному контролю состояния при диабете• Программу здорового питания• Программу обследований для выявления сердечно-сосудистых заболеваний• Мотивационное интервьюирование• Круглосуточный доступ к горячей линии Nurse Advice Call Line (справочная служба медсестер, дополнительную информацию см. в главе 2) <p>При вашем участии ваша команда медицинского обслуживания составит рекомендации о том, какие из этих программ могут вам подойти, исходя из ваших потребностей. Если вам понадобится дополнительная информация или помощь, обратитесь к своей команде медицинского обслуживания или позвоните в службу поддержки участников по номеру, указанному на задней стороне обложки данной брошюры.</p> <p><i>Для получения услуг, предоставляемых Commonwealth Care Alliance или поставщиком, с которым у нас заключен договор, предварительное разрешение не требуется.</i></p>	Вы платите \$0.

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Пособие для оздоровления</p> <ul style="list-style-type: none"> • Членство в клубе здоровья или фитнес-клубе, которые отвечают требованиям программы. Клуб здоровья или фитнес-клуб, которые отвечают требованиям программы, могут предоставлять оборудование для выполнения упражнений для сердечно-сосудистой системы и силовых тренировок. Данная льгота не покрывает членские взносы, которые вы платите клубам здоровья или фитнес-клубам (к которым, в том числе, относятся центры боевых искусств, гимнастические клубы, загородные клубы, спортивные и социальные клубы), не отвечающим требованиям программы, а также за спортивные занятия, например гольф или теннис. • Участие в групповых и (или) учебных фитнес-занятиях, например тайцзи, и программах здоровья, в том числе в YMCA (за посещение занятий и программ, предусматривающих дополнительный взнос). • Трекер физической активности (лимит не более одного на участника в год). 	<p>План будет компенсировать до \$250 каждый календарный год на ваши затраты в связи с членством в клубе здоровья или фитнес-клубе, которые отвечают требованиям программы, а также покрываемыми фитнес-занятиями, участием в программах оздоровления, занятиями фитнесом для улучшения памяти, трекером физической активности (например, Fitbit, часы Apple и т. д.). Вы оплачиваете все расходы свыше \$250 в течение календарного года.</p>
<p>Чтобы получить такую компенсацию, вы должны отправить заполненный бланк заявления на получение компенсации в рамках пособия для оздоровления и предоставить подтверждение оплаты и какую-либо дополнительную информацию, указанную в бланке. Чтобы получить бланк заявления на компенсацию, обратитесь в службу поддержки участников или посетите сайт www.commonwealthcarealliance.org/members/sco/sco-member-forms</p>	<p>Запросы на компенсацию должны быть получены Commonwealth Care Alliance Senior Care Options не позднее 31 марта следующего года.</p>
<p>Отправьте заполненный бланк вместе с необходимыми документами на адрес, указанный в бланке. Если у вас возникнут вопросы, позвоните в службу поддержки участников.</p>	<p>Для получения данной льготы направление не требуется</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)


Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Карта Healthy Savings, предназначенная для приобретения определенных одобренных программой Medicare безрецептурных товаров и полноценного питания: В начале каждого календарного квартала (раз в три месяца) вы получаете карту с пособием в размере \$125 для покупки определенных одобренных Medicare товаров для личного пользования, таких как средства для дезинфекции рук, маски, средства оказания первой медицинской помощи, стоматологические товары, препараты от симптомов простуды и пр., отпускаемые без рецепта.</p> <p><i>Для приобретения покрываемых программой товаров в розничной сети, с которой у нас имеется договор, предварительное разрешение не требуется.</i></p> <p>Участники с хроническими заболеваниями могут использовать карту для приобретения безрецептурных товаров для покупки здоровых и полезных продуктов питания аналогично льготе в рамках Программы льготной покупки продуктов (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). Участники без хронических заболеваний могут использовать эту карту только для приобретения товаров, одобренных Medicare. См. дополнительную информацию в таблице льгот в разделе «Помощь при хронических заболеваниях».</p> <p>Участники без хронических заболеваний могут использовать эту карту только для приобретения товаров, одобренных Medicare.</p> <p>Участникам с хроническими заболеваниями не требуется предварительное разрешение, чтобы использовать карту для приобретения безрецептурных товаров в целях покупки здоровых и полезных продуктов питания. Хронические заболевания, как правило, представляют собой заболевания, которые требуют постоянного медицинского ухода или ограничивают повседневную деятельность человека. Заболевание диагностируется лицензированным медицинским специалистом, в том числе вашим основным лечащим врачом, медсестрой высшей квалификации и аналогичными поставщиками.</p>	<p>Вы платите \$0 за покрываемые товары стоимостью до \$125 в течение квартала.</p> <p>В случае превышения вами ежеквартального лимита в \$125, установленного для приобретения безрецептурных товаров, вы самостоятельно несете дополнительные расходы.</p>

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Карта Healthy Savings, предназначенная для приобретения определенных одобренных программой Medicare безрецептурных товаров и полноценного питания: (продолжение)</p> <p>Если у вас есть вопросы касательно безрецептурных товаров, одобренных Medicare, обратитесь в службу поддержки участников или посетите сайт www.otcnetwork.com/member и укажите ваш номер карты, предназначенной для приобретения безрецептурных товаров.</p> <p>Дополнительную информацию о безрецептурных препаратах, покрываемых планом в рамках программы MassHealth (Medicaid), см. в разделе «Препараты для амбулаторного лечения» в этой таблице ниже.</p>	
<p>Услуги при нарушениях слуха</p> <p>Наш план покрывает (по программе Medicare) диагностику и проверку равновесия и слуха для определения необходимости лечения. Эти услуги покрываются как амбулаторное лечение при обращении к врачу, аудиологу или другому квалифицированному поставщику.</p> <p>По программе MassHealth (Medicaid) план покрывает следующие услуги при нарушениях слуха:</p> <ul style="list-style-type: none">• плановые проверки слуха;• слуховые аппараты (в т. ч. их подбор и подгонку), а также ремонт и замену. <p><i>Предварительное разрешение не требуется для плановых проверок слуха, диагностики, ремонта и замены слуховых аппаратов поставщиком, с которым у нас заключен договор. Для получения слуховых аппаратов стоимостью свыше \$500 требуется предварительное разрешение.</i></p> <p>Если вам понадобится подробный список, позвоните в службу поддержки участников по номеру, указанному на задней стороне обложки данной брошюры.</p>	<p>Вы платите \$0.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p data-bbox="196 352 792 388">Помощь при хронических заболеваниях</p> <p data-bbox="196 426 1015 533">Льготы в рамках программы Commonwealth Care Alliance Senior Care Options включают следующие дополнительные услуги.</p> <ul data-bbox="256 575 1045 829" style="list-style-type: none"><li data-bbox="256 575 1045 829">• Пособие на приобретение продуктов питания для участников с хроническими заболеваниями. Участники, отвечающие требованиям, будут получать данное пособие в рамках ежеквартальной выплаты в размере \$125 по карте Healthy Savings OTC. Эти средства можно потратить в некоторых магазинах, участвующих в программе. <p data-bbox="196 867 1062 1230">К хроническим заболеваниям относятся: хроническая алкогольная и наркозависимость, аутоимунные расстройства, рак, неврологические расстройства, хронические и инвалидизирующие психические расстройства, деменция, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, терминальная стадия заболевания печени, терминальная хроническая почечная недостаточность, серьезные гематологические нарушения, ВИЧ/СПИД, хронические заболевания легких, инсульт и другие.</p> <p data-bbox="196 1268 1037 1520">Хронические заболевания, как правило, представляют собой заболевания, которые требуют постоянного медицинского ухода или ограничивают повседневную деятельность человека. Заболевание диагностируется лицензированным медицинским специалистом, в том числе вашим основным лечащим врачом, медсестрой высшей квалификации и аналогичными поставщиками.</p>	Вы платите \$0.

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Обследование для выявления ВИЧ Лицам, обратившимся для прохождения обследования на ВИЧ, и лицам с высоким риском инфицирования ВИЧ предоставляется покрытие следующих услуг:</p> <ul style="list-style-type: none"> одно скрининговое обследование каждые 12 месяцев. <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0. Сострахование, доплаты и франшиза не применяются, если профилактическое тестирование на ВИЧ покрывается страховкой Medicare.</p>
<p>Ведение домашнего хозяйства Помощь в совершении покупок, планировании меню, приготовлении пищи, а также стирка и выполнение легкой работы по дому (чистка пылесосом, вытирание пыли, мытье посуды, уборка в кухне и ванной комнате, смена постельного белья и т. п.). Наш план покрывает услуги ведения домашнего хозяйства в рамках программы MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p>
<p>Доставка еды на дом Приготовление, упаковка и доставка пищи участникам плана. План покрывает эти услуги в рамках программы MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Услуги агентств по уходу на дому</p> <p>Чтобы вы могли получать медицинское обслуживание по месту проживания, врач должен подтвердить, что вы нуждаетесь в таких услугах, и прописать вам уход на дому. Эти услуги предоставляются людям, которые почти не выходят из дома, поскольку им приходится прилагать для этого значительные усилия.</p> <p>Следующие услуги покрываются планом в рамках программы Medicare (список может быть неполным):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Квалифицированный сестринский уход при неполной нагрузке или с периодическими посещениями и услуги домашних сиделок (для компенсации затрат по программе льгот на медицинский уход на дому общее время оказания услуг квалифицированного сестринского ухода и услуг домашних сиделок не должно превышать 8 часов в день и 35 часов в неделю); • Физиотерапия, эрготерапия и терапия при расстройствах речи • Медицинские и социальные услуги; • Медицинское оборудование и принадлежности. <p>Планом может предоставляться покрытие дополнительных часов ухода, в том числе квалифицированного сестринского ухода и услуг домашних сиделок, предоставляемого по программе MassHealth (Medicaid) в объеме, превышающем ограничение Medicare.</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	Вы платите \$0.


Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Инфузионная терапия на дому Инфузионная терапия на дому подразумевает внутривенное или подкожное введение препаратов или биопрепаратов пациенту на дому. Компоненты для проведения инфузионной терапии на дому включают препарат (например, противовирусное средство, иммуноглобулин), оборудование (например, помпа) и расходные материалы (например, трубки и катетеры)</p> <p>Покрываемые услуги включают, в числе прочего, следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Услуги специалистов, в том числе услуги медсестры, оказываемые в соответствии с планом медицинского обслуживания • Образовательные материалы и материалы по просвещению пациентов, которые не покрываются в рамках льготы по предоставлению медицинского оборудования длительного пользования • Дистанционный мониторинг • Услуги мониторинга для проведения инфузионной терапии на дому и поставщика услуг инфузионной терапии на дому <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	
<p>Услуги хосписов Вы можете участвовать в любой программе облегчения страданий безнадежно больных, сертифицированной организацией Medicare, на территории обслуживания ССА. Для этого ваш врач и главный врач хосписа должны подтвердить, что стадия вашего заболевания является терминальной и что вам осталось жить 6 месяцев или менее, если ваша болезнь будет протекать так, как ожидается. Ваш врач, предоставляющий услуги хосписного ухода, может быть как сетевым поставщиком, так и поставщиком, не входящим в сеть. Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • препараты для контроля над симптомами и облегчения боли; • кратковременный уход в период отдыха лиц, обычно осуществляющих уход за больным; • уход на дому. 	<p>Вы платите \$0.</p> <p>После регистрации в программе облегчения страданий безнадежно больных, сертифицированной Medicare, услуги хосписа и прочие услуги, предусмотренные частями А и В и связанные с терминальными стадиями заболеваний, оплачиваются в рамках плана Senior Care Options Program.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
Услуги хосписов (продолжение)	
<u>Хосписный уход и прочие услуги, покрываемые частью А или В программы Medicare и связанные с терминальной стадией заболевания:</u> Услуги хосписа, связанные с вашим заболеванием на терминальной стадии, будут оплачены в рамках плана Senior Care Options Program.	
<ul style="list-style-type: none">• <u>Услуги, покрываемые частью А или В программы Medicare и не связанные с терминальной стадией заболевания:</u> Если вам требуются услуги, не предусматривающие срочную или неотложную медицинскую помощь, на которые распространяется покрытие в рамках программы Medicare (части А или В) и которые не связаны с терминальной стадией заболевания, то Senior Care Options Program оплатит медицинское обслуживание. Если вам оказывает услуги сетевой поставщик, то Senior Care Options Program оплатит медицинское обслуживание.• Если услуги предоставляет внесетевой поставщик, вы оплачиваете свою долю участия в издержках в соответствии с правилами плана, приведенными в разделе 1.2 главы 3 «Основные правила получения медицинской помощи и прочих услуг, покрываемых планом».	
<u>Услуги, покрываемые планом Senior Care Options Program, но не покрываемые частью А или В программы Medicare:</u> План Senior Care Options Program будет и в дальнейшем оплачивать услуги, покрываемые планом, но не покрываемые частью А или В программы (независимо от того, связаны ли они с терминальной стадией заболевания). Вы ничего не платите за такие услуги.	
<u>Касательно препаратов, покрываемых по части D плана:</u> Лекарства никогда не покрываются хосписом и нашим планом одновременно. Дополнительную информацию см. в разделе 9.4 главы 5 («Если вы пребываете в хосписе, сертифицированном Medicare»).	
Примечание: Если вам требуется не хосписный уход (не связанный с терминальной стадией заболевания), свяжитесь с нами. Мы подберем для вас необходимые услуги.	

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Услуги хосписов (продолжение)</p> <p>План покрывает стоимость консультаций, предоставляемых специалистами хосписов лицам с терминальной стадией заболевания, отказавшимся от услуг хосписа.</p> <p>План также покрывает услуги хосписа (проживание и питание) по программе MassHealth (Medicaid). Участникам, отказавшимся от услуг хосписа, покрываемых Medicare, мы предлагаем паллиативный уход в рамках нашей программы Life Choices, а также услуги ухода в последние дни жизни. Life Choices — это программа паллиативной помощи, направленная на облегчение боли, снятие стресса и избавление от прочих причиняющих неудобство симптомов. Она предназначена для людей с хроническими или тяжелыми заболеваниями. Программа создана для участников нашего плана, членов их семей и поставщиков медицинских услуг. Она предусматривает также активное участие команд медицинского обслуживания. За дополнительной информацией обращайтесь к своей команде медицинского обслуживания.</p> <p><i>Для получения услуг, предоставляемых поставщиком, с которым у нас имеется договор, или хосписом на выбор участника, предварительное разрешение не требуется</i></p>	
<p> Вакцинация</p> <p>Покрываются (по части В программы Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> • прививка от пневмонии; • прививки от гриппа один раз в сезон, осенью и зимой, а также дополнительные прививки от гриппа при наличии медицинской необходимости; • прививка от гепатита В для лиц с высоким или средним риском заболевания гепатитом В; • другие прививки для лиц, входящих в группу риска, если такие прививки соответствуют правилам покрытия согласно части В программы Medicare. <p>Кроме того, некоторые прививки оплачиваются по части D, покрывающей рецептурные препараты.</p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Сострахование, доплаты и франшиза не применяются при вакцинации от пневмонии, гриппа и гепатита В.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Лечение в стационаре больницы</p> <p>Предусматривает неотложную помощь, реабилитацию, долгосрочное медицинское обслуживание и другие виды стационарных услуг, предлагаемых больницами. Первым днем стационарного лечения считается дата госпитализации по направлению врача. Последний день стационарного лечения — это день перед выпиской. Согласно программе MassHealth (Medicaid) план покрывает пребывание в стационарном отделении больницы дольше установленного программой Medicare срока.</p> <p>Покрываемые услуги включают, в числе прочего, следующее:</p> <ul style="list-style-type: none">• Пребывание в общей палате (или отдельной палате, если это необходимо по медицинским показаниям)• Питание, в том числе особую диету• Регулярные услуги медсестры• Стоимость ухода в палатах особого назначения (например, в отделениях реанимации или палатах интенсивной терапии для больных с острой коронарной недостаточностью)• Препараты и лекарства• Лабораторные анализы• Рентгеновские снимки и другие рентгенологические услуги• Пользование необходимыми хирургическими и медицинскими принадлежностями• Использование специальных приспособлений, например кресел-каталок• Пребывание в операционных и послеоперационных палатах• Физиотерапию, эрготерапию, терапию при расстройствах речи• Услуги стационарного лечения алкогольной и наркотической зависимости	Вы платите \$0.


Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
Лечение в стационаре больницы (продолжение)	
<ul style="list-style-type: none">• В отдельных случаях покрывается трансплантация роговицы, почки (отдельно или вместе с поджелудочной железой), сердца и легкого (отдельно или вместе), печени, костного мозга, стволовых клеток, кишечника и нескольких других органов одновременно. При необходимости пересадки мы рассмотрим ваш вопрос совместно с утвержденным по программе Medicare центром по пересадке органов, который определит необходимость и возможность трансплантации. Поставщики услуг трансплантации могут быть из вашего региона или находиться за пределами территории обслуживания. Если сетевые поставщики услуг трансплантации находятся за пределами территории обслуживания, вы можете обратиться к местным поставщикам (при условии, что они согласны работать по ставкам программы Original Medicare). Если по условиям плана Senior Care Options Program услуги по пересадке органов для вашей территории обслуживания могут предоставляться поставщиком, находящимся за пределами территории обслуживания, и вы решите обратиться к нему, мы организуем поездку или оплатим стоимость проживания и транспортные расходы для вас и одного сопровождающего.• Кровь, в том числе ее хранение и переливание. Согласно условиям плана первые 3 пинты цельной крови и эритроцитарной массы оплачиваются в рамках программы MassHealth (Medicaid). Покрытие Medicare для цельной крови и эритроцитарной массы начинается с четвертой пинты необходимой вам крови. Планом предоставляется покрытие всех прочих компонентов крови, начиная с первой использованной пинты, в рамках программы Medicare.• Услуги терапевта	


Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Лечение в стационаре больницы (продолжение)</p> <p>Примечание: Для прохождения стационарного лечения необходимо получить от своего поставщика направление в стационарное отделение больницы. Без официальной госпитализации пациент будет считаться амбулаторным, даже если проведет в больнице ночь. Если вы не уверены, какое лечение вы получаете: амбулаторное или стационарное, обратитесь к персоналу больницы.</p> <p>Дополнительные сведения см. в информационном бюллетене «Вы находитесь на стационарном или амбулаторном лечении? При наличии страховки Medicare спросите об этом!» Он доступен по адресу www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf. Чтобы получить печатную копию, обратитесь по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Вы можете звонить на эти бесплатные номера круглосуточно и в любой день недели.</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение, за исключением стационарного лечения алкогольной и наркотической зависимости и экстренной госпитализации.</i></p>	<p>Если после стабилизации вашего состояния вы будете получать <i>утвержденное</i> стационарное лечение во внесетевой больнице, вам ничего не надо будет платить.</p>
<p>Стационарные услуги поддержания психического здоровья</p> <p>В число покрываемых услуг входят услуги психиатрического лечения, для которых требуется пребывание в больнице. Максимальный срок пребывания на стационарном лечении в психиатрической больнице, предусмотренный программой Medicare, — 190 дней. Это ограничение не распространяется на услуги по поддержанию психического здоровья, оказываемые в психиатрическом отделении больницы общего типа в рамках программы Medicare.</p> <p>Согласно программе MassHealth (Medicaid), план покрывает пребывание в стационарном отделении психиатрической больницы дольше установленного программой Medicare срока.</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение, за исключением стационарного лечения алкогольной и наркотической зависимости и экстренной госпитализации.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Стирка белья Услуги покрываются планом в рамках программы MassHealth (Medicaid). <i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p>
<p> Медицинская пищевая терапия Эти льготы предназначены для людей, страдающих диабетом, почечной недостаточностью (не проходящих диализ) или перенесших пересадку почки, при наличии направления от лечащего врача. В рамках программы Medicare (в нее входит наш план, любой другой план Medicare Advantage или Original Medicare) план покрывает стоимость 3 часов индивидуальных консультаций в течение первого года прохождения медицинской пищевой терапии и 2 часов в течение каждого последующего года. Если ваше состояние, диагноз или условия лечения изменятся, количество часов может быть увеличено при наличии направления от врача. Терапевт должен выписать направление для получения этих услуг и ежегодно выписывать новое направление, если лечение потребует продолжения в следующем календарном году. Планом может быть предоставлено страховое покрытие медицинской пищевой терапии для участников, не отвечающим условиям Medicare, в рамках предоставления льгот по программе MassHealth (Medicaid). <i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0. Сострахование, доплаты и франшиза не применяются, если медицинская пищевая терапия покрывается страховкой Medicare.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)


Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Программа профилактики диабета Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)</p> <p>Планом будет обеспечено страховое покрытие услуг, предоставляемых по программе MDPP всем участникам программы Medicare независимо от плана медицинского страхования.</p> <p>MDPP — это структурированное воздействие с целью формирования здоровых привычек, включающее практические занятия по долгосрочному изменению пищевых привычек, повышению физической активности и формированию стратегий решения проблем для преодоления трудностей, связанных с последовательным и устойчивым снижением веса и поддержанием здорового образа жизни.</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Сострахование, доплаты и франшиза не применяются для льгот, предоставляемых по программе MDPP.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Рецептурные препараты, покрываемые по части В программы Medicare</p> <p>Для таких препаратов предоставляется покрытие в рамках части В программы Original Medicare. Для участников нашего плана покрытие предоставляется нашим планом. Покрытие распространяется на следующие препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Препараты, которые обычно вводятся пациентом не самостоятельно, а в виде инъекции или вливания на приеме у терапевта, в ходе амбулаторного лечения в больнице или амбулаторном хирургическом центре • Препараты, которые вы принимаете с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, ингаляторов), утвержденные планом • Факторы свертываемости крови, вводимые самостоятельно в виде инъекции при гемофилии • Иммунодепрессивные препараты, если на момент пересадки органа вы были зарегистрированы в программе Medicare, часть А • Лекарства в виде инъекции для лечения остеопороза, если вы не можете выйти дома, у вас перелом, по заключению врача связанный с постменопаузальным остеопорозом, и вы не можете самостоятельно ввести препарат • Антигены • Некоторые пероральные препараты для лечения рака и от тошноты • Некоторые препараты для диализа в домашних условиях, в том числе гепарин, антидот для гепарина (если необходим по медицинским показаниям), местные анестетики и стимуляторы эритропоэза (например, Epopo® , Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® или Darbepoetin Alfa) • Иммуноглобулин для внутривенного введения при домашнем лечении первичных иммунодефицитных состояний <p>Категории препаратов по части В, на которые распространяются правила поэтапного лечения:</p> <p>(Обратите внимание: препараты, указанные ниже, как правило, не вводятся пациентом самостоятельно)</p>	Вы платите \$0.

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
Рецептурные препараты, покрываемые по части В программы Medicare (продолжение)	
<ul style="list-style-type: none">• Противовоспалительные• Противоопухолевые препараты (для лечения онкологических заболеваний)• Биопрепараты• Колонистимулирующие факторы• Иммуномодуляторы	
<p>По следующей ссылке вы можете ознакомиться с перечнем препаратов по части В, в отношении которых может применяться поэтапное лечение:</p> <p>www.commonwealthcarealliance.org/members/pharmacy-program/formulary-2020/2020-senior-care-options-formulary</p>	
<p>В главе 5 описаны льготы на рецептурные препараты, покрываемые по части D, в том числе правила, которые необходимо соблюдать. Вы ничего не платите за отпускаемые по рецепту препараты, покрываемые по части D. Покрытие большинства препаратов особой категории ограничено запасом, рассчитанным на 30 дней приема.</p>	
<p><i>Для получения препаратов, покрываемых по части В программы Medicare, может потребоваться предварительное разрешение.</i></p>	
<p>Если вам понадобится подробный список, позвоните в службу поддержки участников по номеру, указанному на задней стороне обложки данной брошюры.</p>	

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Обследование для выявления ожирения и лечение для поддержки непрерывного снижения веса</p> <p>Если ваш индекс массы тела составляет 30 и более, мы предоставим покрытие целенаправленных консультаций по снижению веса. Стоимость этих консультаций покрывается, если вы получаете их в учреждении по оказанию первичного медицинского обслуживания, в котором их можно скоординировать с вашим комплексным планом профилактических мероприятий. Дополнительную информацию вы можете получить у своего лечащего врача или практикующего специалиста.</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Сострахование, доплаты и франшиза не применяются при профилактическом обследовании для выявления ожирения и терапии при ожирении.</p>
<p>Услуги программы по преодолению опиатной зависимости</p> <p>Услуги программы по преодолению опиатной зависимости покрываются в рамках части В программы Original Medicare (для участников нашего плана покрытие предоставляется нашим планом). Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none">• одобренные Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) препараты-агонисты и антагонисты опиоидных рецепторов, а также отпуск и введение таких препаратов, если это применимо;• консультации по поводу употребления психоактивных веществ;• индивидуальная и групповая терапия;• токсикологический анализ. <p><i>Предварительное разрешение не требуется.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p>

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Диагностические анализы, терапевтические услуги и принадлежности для амбулаторных пациентов</p> <p>Покрываются в частности:</p> <ul style="list-style-type: none">• Рентген• Лучевая терапия (радиевая и изотопная), в том числе материалы и принадлежности техника• Хирургические принадлежности, например повязки• Шины, гипсовые повязки и прочие приспособления для лечения переломов и смещений• Лабораторные анализы• Кровь, в том числе ее хранение и переливание. Согласно условиям плана первые 3 пинты цельной крови и эритроцитарной массы оплачиваются в рамках программы MassHealth (Medicaid). Покрытие Medicare для цельной крови и эритроцитарной массы начинается с четвертой пинты необходимой вам крови. Программой Medicare предоставляется покрытие всех прочих компонентов крови, начиная с первой использованной пинты.• Другие диагностические тесты для амбулаторных пациентов• Генетический анализ (услуги предоставляются согласно условиям программ Medicare и Medicaid (MassHealth)) <p><i>Амбулаторные диагностические анализы и терапевтические услуги и принадлежности для амбулаторных пациентов могут требовать предварительного разрешения. Так, предварительное разрешение требуется для специализированных методов визуальной диагностики и скрининговых тестов (например, генетического анализа).</i></p> <p>Если вам понадобится дополнительная информация, позвоните в службу поддержки участников по номеру, указанному на задней стороне обложки данной брошюры. Компания Commonwealth Care Alliance оставляет за собой право передать предложенный план лечения или запрос на рассмотрение клиническому эксперту, если возникнет необходимость оценить целесообразность курса лечения.</p>	<p>Вы платите \$0.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Препараты для амбулаторного лечения</p> <p>План покрывает рецептурные препараты по части D программы Medicare. Дополнительную информацию о льготах на препараты по части D программы Medicare см. в главе 5.</p> <p>Нашим планом также обеспечивается покрытие препаратов для амбулаторного лечения, включая доставку на дом предварительно расфасованных лекарств в рамках программы льгот, предусмотренных MassHealth (Medicaid). Категории лекарств, оплачиваемых по программе MassHealth (Medicaid):</p> <ul style="list-style-type: none">• Некоторые отпускаемые без рецепта препараты при наличии рецептов от медицинских работников, имеющих право их выписывать. Как правило, оплачиваются только безрецептурные препараты (дженерики). Полный перечень препаратов, покрываемых нами по программе MassHealth (Medicaid), см. в Списке препаратов. За дополнительной информацией обращайтесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры) или посетите сайт www.CommonwealthCareSCO.org. <p>Кроме того, план предоставляет вам карту Healthy Savings для покупки определенных безрецептурных товаров, одобренных программой Medicare. Более подробная информация о карте, предназначенной для приобретения безрецептурных препаратов, изложена в разделе <i>«Карта Healthy Savings, предназначенная для приобретения определенных одобренных программой Medicare безрецептурных товаров и полноценного питания»</i>, представленном выше в этой таблице.</p>	Вы платите \$0.

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Амбулаторные услуги, предоставляемые больницами План покрывает стоимость оказываемых в поликлиниках услуг, необходимых по медицинским показаниям для диагностики или лечения заболеваний или травм.</p> <p>Покрываются в частности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • услуги в отделении неотложной помощи или в поликлинике, например наблюдение или хирургия в амбулаторных условиях; • платные лабораторные и диагностические анализы в больнице; • услуги по поддержанию психического здоровья, в том числе уход по программе частичной госпитализации, если по заключению врача без такого ухода потребуется стационарное лечение; • рентгенологические исследования и другие радиологические услуги, за которые больница выставляет счета; • медицинские принадлежности, например шины и гипсовые повязки; • некоторые осмотры и профилактические услуги; • некоторые препараты, в том числе биологические, которые невозможно принимать самостоятельно. 	<p>Вы платите \$0.</p>
<p>Примечание: Не имея направления на стационарное лечение, выданного вашим поставщиком услуг, вы считаетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете свою долю участия в сопутствующих издержках. Без официальной госпитализации пациент будет считаться амбулаторным, даже если проведет в больнице ночь. Если вы не уверены, что находитесь на амбулаторном лечении, обратитесь к персоналу больницы.</p> <p>Дополнительные сведения см. в информационном бюллетене «Вы находитесь на стационарном или амбулаторном лечении? При наличии страховки Medicare спросите об этом!» Он доступен на сайте www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf. Чтобы получить печатную копию, обратитесь по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Вы можете звонить на эти бесплатные номера круглосуточно и в любой день недели.</p>	

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Амбулаторные услуги, предоставляемые больницами (продолжение)</p> <p><i>Для получения хирургических услуг в амбулаторных условиях требуется предварительное разрешение. Амбулаторные диагностические анализы и терапевтические услуги и принадлежности для амбулаторных пациентов могут требовать предварительного разрешения. Например: специализированные методы визуальной диагностики и скрининговые тесты.</i></p> <p>Если вам понадобится дополнительная информация, обращайтесь к специалистам вашей команде медицинского обслуживания или позвоните в службу поддержки участников по номеру, указанному на задней стороне обложки данной брошюры.</p> <p>Компания Commonwealth Care Alliance оставляет за собой право передать предложенный план лечения на рассмотрение клиническому эксперту, если возникнет необходимость оценить целесообразность курса лечения.</p>	

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Амбулаторные услуги по охране психического здоровья</p> <p>Мы не налагаем дополнительных ограничений на предоставление услуг по поддержанию психического здоровья и льгот на лечение алкогольной и наркотической зависимости по сравнению с услугами, связанными с оказанием медицинской, хирургической и социальной помощи. Вышеуказанное правило предусмотрено законом о равных правах людей с наркозависимостью и психическими нарушениями (Mental Health Parity and Addiction Equity law). Покрываются (с оплатой по программе Medicare):</p> <p>услуги поддержания психического здоровья, оказываемые психиатром или врачом, клиническим психологом, социальным работником клиники, медсестрой-специалистом в клинике, медсестрой высшей квалификации, помощником врача или другим специалистом в области охраны психического здоровья (при условии утверждения по программе Medicare и наличии разрешения на работу в данной сфере согласно действующим законам штата).</p> <p>В рамках программы MassHealth (Medicaid) наш план покрывает дополнительные амбулаторные услуги, предоставляемые лицензированным консультантом по психическому здоровью или лицензированным независимым социальным работником.</p> <p>Указанные услуги включают, в числе прочего:</p> <ul style="list-style-type: none"> • диагностические услуги; • семейные консультации; • индивидуальные консультации; • поведенческую терапию; • индивидуальную, групповую и семейную терапию (терапию для пар); • стационарные консультации психиатра; • приемы с целью подбора медикаментов; • визит поставщика, оказывающего амбулаторные услуги, к пациенту, находящемуся на стационарном лечении, для консультации с персоналом, ответственным за стационарное лечение пациента; • психологическое тестирование. 	Вы платите \$0.

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Амбулаторные услуги по охране психического здоровья (продолжение)</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, за исключением нейропсихологического тестирования, психологического тестирования, электрошоковой терапии и транскарниальной магнитной стимуляции.</i></p> <p>План также покрывает стоимость психологической помощи, оказываемой по месту проживания (так называемая отвлекающая психологическая помощь) в рамках программы MassHealth (Medicaid). Вы можете воспользоваться этими услугами, если не хотите проходить курс лечения в больнице или специализированном учреждении, оказывающем психологическую помощь. Подробную информацию о таких услугах и их предварительном утверждении см. выше, в разделе «Психологическая помощь, оказываемая по месту проживания» данной таблицы льгот.</p>	
<p>Амбулаторные реабилитационные услуги</p> <p>Покрываются: физиотерапия, эрготерапия и логотерапия (при расстройствах речи).</p> <p>Амбулаторные реабилитационные услуги предоставляются в различных амбулаторных медицинских учреждениях, например поликлиниках при больницах, независимых терапевтических кабинетах и комплексных амбулаторных реабилитационных учреждениях (CORF).</p> <p><i>Предварительное разрешение требуется для прохождения физиотерапии, трудовой терапии и получения услуг логопеда.</i></p> <p>Если вам понадобится дополнительная информация, обращайтесь к специалистам вашей команде медицинского обслуживания или позвоните в службу поддержки участников по номеру, указанному на задней стороне обложки данной брошюры.</p>	Вы платите \$0.

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Услуги амбулаторного лечения алкогольной и наркотической зависимости</p> <p>В соответствии с законом о равных правах людей с наркозависимостью и психическими нарушениями (Mental Health Parity and Addiction Equity), мы не налагаем дополнительных ограничений на предоставление услуг по поддержанию психического здоровья и льгот на лечение алкогольной и наркотической зависимости по сравнению с услугами, связанными с оказанием медицинской, хирургической и социальной помощи.</p> <p>В рамках программы MassHealth (Medicaid) покрываются дополнительные услуги, включающие, помимо прочего:</p> <ul style="list-style-type: none">• амбулаторную детоксикацию (уровень II. d);• акупунктурную терапию;• программу поддерживающего лечения метадоном/опиоидную заместительную терапию. <p><i>Для получения услуг у поставщика, с которым у нас заключен договор, предварительное разрешение не требуется, за исключением акупунктурной терапии после 36 сеансов.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p>
<p>Амбулаторные операции, в том числе услуги, предоставляемые в амбулаторных отделениях больниц и амбулаторных хирургических центрах</p> <p>Примечание: При проведении хирургической операции в больнице необходимо уточнить у своего поставщика, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом. Если у вас нет направления от поставщика на стационарное лечение в больницу, вы считаетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете свою долю участия в сопутствующих издержках. Без официальной госпитализации пациент будет считаться амбулаторным, даже если проведет в больнице ночь.</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p> <p>Если вам понадобится дополнительная информация, обращайтесь к специалистам вашей команде медицинского обслуживания или позвоните в службу поддержки участников по номеру, указанному на задней стороне обложки данной брошюры.</p>	<p>Вы платите \$0.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Безрецептурные препараты (ОТС) Подробную информацию о безрецептурных препаратах вы найдете в разделе «Препараты для амбулаторного лечения» в таблице льгот.</p>	
<p>Паллиативный уход (программа Life Choices) Life Choices является программой паллиативного ухода в рамках плана Senior Care Options Program. Паллиативный уход имеет своей целью повышение качества жизни людей, живущих с серьезным заболеванием. Данный тип ухода направлен на облегчение симптомов и стресса, связанного с серьезным заболеванием.</p> <p>При получении паллиативного ухода вы по-прежнему можете проходить лечение для улучшения своего состояния или даже излечения.</p> <p>Программа может помочь вам:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Облегчить боль и другие симптомы • Организовать прием медикаментов • Понять, как развивается ваше заболевание • Определить, что является для вас наиболее важным • Получить необходимый уход в нужное время • Составить планы и принять решения • Взаимодействовать с вашими поставщиками • Подготовиться к будущим этапам <p>Чтобы зарегистрироваться в этой программе, поговорите со своим партнером по медицинскому обслуживанию. Если она удовлетворяет ваши потребности, партнер по медицинскому обслуживанию выдаст вам направление в программу. Для получения услуг, предоставляемых программой Life Choices в рамках Senior Care Option Program или поставщиком, с которым у нас имеется договор, предварительное разрешение не требуется.</p>	<p>Вы платите \$0.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)


Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Услуги частичной госпитализации Программа частичной госпитализации — это структурированная программа активного амбулаторного психиатрического лечения, которая предоставляется в амбулаторных медицинских учреждениях или социальных центрах поддержания психического здоровья, более интенсивная по сравнению с лечением, которое предоставляется вашим лечащим врачом или терапевтом. Эта программа является альтернативой стационарной госпитализации.</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	Вы платите \$0.
<p>Услуги личного ухода Уход, координируемый клиентом. Участник плана нанимает сотрудника, осуществляющего уход, для предоставления помощи в повседневных действиях (принятие ванны, одевание, прием пищи и т. д.) и выполнения других услуг по просьбе участника или его доверенного лица (например, помощь в приеме лекарств и выполнении лечебно-оздоровительных процедур). План покрывает эти услуги в рамках программы MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	Вы платите \$0.
<p>Ведение домашнего хозяйства и личный уход В дополнение к услугам, перечисленным выше в разделе «Ведение домашнего хозяйства», предусматривается помощь с принятием ванны, одеванием, мытьем волос и расчесыванием, пользованием туалетом и принятием пищи, а также уход за ногами (исключая подстригание ногтей) и зубными протезами, бритье, оказание помощи при передвижении пешком и в транспорте. План покрывает эти услуги в рамках программы MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	Вы платите \$0.

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Услуги терапевта или практикующего специалиста, в том числе посещения кабинета врача</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none">• Необходимый по медицинским показаниям медицинский уход или операция, предоставляемые на приеме у терапевта, в утвержденном амбулаторном хирургическом центре, в ходе амбулаторного лечения в больнице или в другом месте.• Консультации, диагностика и лечение, проводимое специалистом• Базовые осмотры врача-аудиолога и проверка равновесия вашим лечащим врачом или специалистом по направлению вашего врача с целью проверить необходимость медицинского лечения в вашем случае• Вы можете получить указанные услуги в ходе личного посещения врача или посредством телемедицины. Если вы хотите воспользоваться возможностью получения телемедицинских услуг, вам следует выбрать поставщика, оказывающего такие услуги.• Краткие виртуальные консультации врача (например, по телефону или посредством видеосвязи) продолжительностью 5-10 минут при условии, что:<ul style="list-style-type: none">○ Вы не являетесь новым пациентом, а также○ Консультация не связана с посещением врача, имевшим место в последние семь дней, а также○ Консультация не влечет за собой посещения врача в течение следующих 24 часов или при первой возможности.• Заключение по результатам рассмотрения видеозаписи или снимков, присланных вами врачу• Консультации вашего врача с другими врачами по телефону, посредством Интернета или с использованием электронного медицинского архива при условии, что вы не являетесь новым пациентом• Телемедицинские услуги, связанные с ежемесячными консультациями, предоставляемыми пациентам с терминальной стадией почечной недостаточности, получающим услуги диализа на дому, в центре гемодиализа на базе больницы, в центре гемодиализа на базе больницы, предназначенной для оказания помощи в критических ситуациях, или в ином центре гемодиализа	<p>Вы платите \$0.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
Услуги терапевта или практикующего специалиста, в том числе посещения кабинета врача (продолжение)	
<ul style="list-style-type: none">• Телемедицинские услуги по диагностированию, оценке и устранению последствий инсульта• Независимое заключение от другого сетевого поставщика или внесетевого поставщика в отношении любого медицинского обслуживания (в т. ч. хирургических операций), предоставляемое до получения медицинских услуг. Ваш РСР или команда медицинского обслуживания поможет организовать консультацию у внесетевого поставщика услуг при отсутствии сетевого поставщика.• Внеплановые стоматологические услуги (в число покрываемых услуг входит хирургия челюсти и соседних тканей, лечение переломов челюсти и лицевых костей, удаление зубов при подготовке челюсти к лучевой терапии раковых новообразований, а также покрываемые услуги врачей). Подробную информацию о таких услугах и их предварительном утверждении см. выше, в разделе «Стоматологические услуги» данной таблицы льгот.	
<p><i>Предварительное разрешение не требуется, если медицинскую помощь оказывает поставщик услуг, с которым у нас заключен договор, кроме случаев, когда услуги оказываются сертифицированными амбулаторными хирургическими центрами или внесетевыми поставщиками, а также если необходимы внеплановые стоматологические услуги.</i></p>	


Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Лечение заболеваний стоп Покрываются (с оплатой по программе Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Диагностика, медицинское или оперативное лечение травм и заболеваний стоп (например, молоткообразного пальца или костных наростов на пятках); • Регулярный осмотр стоп для участников с определенными медицинскими показаниями, при которых требуется уход за нижними конечностями. <p>По программе MassHealth (Medicaid) план также покрывает другие услуги по лечению заболеваний стоп, включая плановый уход за ногами, не оплачиваемые программой Medicare.</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если медицинскую помощь оказывает поставщик услуг, с которым у нас заключен договор, за исключением ортопедической хирургии и ортопедических услуг, предоставляемых в центре сестринского ухода.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p>
<p> Обследование простаты для выявления рака Для мужчин в возрасте 50 лет и старше покрываются (один раз в 12 месяцев):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Цифровой осмотр прямой кишки; • Тест на специфический антиген простаты (PSA). <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Сострахование, доплаты и франшиза не применяются при проведении ежегодных анализов на специфический антиген простаты.</p>


Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)



Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Протезы и сопутствующие принадлежности</p> <p>Это устройства (кроме стоматологических), которые полностью или частично заменяют часть тела или ее функцию. Они включают, помимо прочего, калоприемники и другие принадлежности, необходимые при колостомии, кардиостимуляторы, ортопедические принадлежности, протетическую обувь, протезы конечностей и молочной железы (в том числе хирургические бюстгалтеры, необходимые после удаления молочной железы). В список также входят определенные принадлежности, связанные с протезами, а также ремонт и (или) замена протезов.</p> <p>Предоставляется покрытие затрат на уход после удаления катаракты или хирургического лечения катаракты. Для получения дополнительной информации см. «Услуги по охране зрения» далее в этом разделе.</p> <p>В рамках программы MassHealth (Medicaid) план также покрывает протезирование, не оплачиваемое по программе Medicare.</p> <p><i>Может потребоваться предварительное разрешение.</i></p> <p>Если вам понадобится подробный список, обратитесь к своей команде медицинского обслуживания или позвоните в службу поддержки участников по номеру, указанному на задней стороне обложки данной брошюры.</p>	Вы платите \$0.
<p>Реабилитационные услуги при заболеваниях легких</p> <p>Покрытие комплексных программ легочной реабилитации предоставляется участникам, страдающим хроническими обструктивными заболеваниями легких от средней до особо тяжелой формы, при наличии направления на реабилитацию от врача, лечащего хронические респираторные заболевания.</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	Вы платите \$0.

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Временный уход Круглосуточное предоставление услуг на дому без выходных с целью облегчить работу сотрудников, осуществляющих уход, и оградить их от ежедневного стресса и требований к обслуживанию со стороны участников для повышения качества обслуживания и поддержания неформальной обстановки. Эти услуги могут предоставляться в экстренных случаях или в течение определенного согласованного периода времени. План покрывает эти услуги в рамках программы MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p>
<p> Обследование и рекомендации для отказа от злоупотребления алкоголем План покрывает одно обследование для отказа от злоупотребления алкоголем для взрослых, застрахованных по программе Medicare (включая беременных женщин), злоупотребляющих алкоголем, но не страдающих алкогольной зависимостью.</p> <p>Если результаты вашего обследования укажут на злоупотребление алкоголем, вам в рамках льгот Medicare будет предоставлено до 4 кратких индивидуальных консультаций в год (если в ходе этих консультаций вы проявите должную компетентность и внимание). Консультации проведет квалифицированный врач или практикующий специалист в учреждении по оказанию первичного медицинского обслуживания.</p> <p>План покрывает дополнительные услуги по программе MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Совместное страхование, доплата и франшиза не применяются, если профилактическое обследование и консультирование для отказа от злоупотребления алкоголем покрываются страховкой Medicare.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)


Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Диагностика рака легких с применением компьютерной томографии с низким излучением (LDCT) Участникам, соответствующим определенным требованиям, план покрывает LDCT-диагностику один раз в 12 месяцев.</p> <p>Требования к участникам: люди в возрасте от 55 до 77 лет, у которых отсутствуют признаки или симптомы рака легких, со стажем курения не менее 30 лет, курящие в настоящее время или бросившие курить менее 15 лет назад, получившие в ходе консультации для диагностики рака легких и совместного принятия решения, организованной в соответствии с требованиями программы Medicare, письменное направление на LDCT-диагностику от терапевта или иного квалифицированного медицинского работника.</p> <p>Для прохождения LDCT-диагностики рака легких после первичной LDCT-диагностики участник должен получить письменное направление на LDCT-диагностику рака легких от терапевта или другого квалифицированного медицинского работника во время соответствующего приема. Если терапевт или другой квалифицированный медицинский работник решит назначить консультацию для диагностики рака легких и совместного принятия решения, такая консультация должна отвечать требованиям Medicare.</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Сострахование, доплаты и франшиза не применяются для получения консультирования и приема врачебной комиссией (коллегией) или для LDCT-диагностики, покрываемых по программе Medicare.</p>

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Обследование для выявления вируса гепатита С (ВГС) Мы покрываем стоимость обследования для выявления ВГС (при наличии направления от поставщика первичных медицинских услуг) в рамках основного медицинского обслуживания, если такое обследование проводится соответствующим квалифицированным поставщиком. План покрывает стоимость обследования взрослых для выявления вируса гепатита С, если они соответствуют любому из таких критериев:</p> <ul style="list-style-type: none">• входят в группу повышенного риска заражения вирусом гепатита С;• не принадлежат к упомянутой выше группе повышенного риска заражения, но родились в период с 1945 по 1965 гг. или прошли процедуру переливания крови до 1992 г. <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p>
<p> Обследование для выявления инфекций, передающихся половым путем и рекомендации по их профилактике Мы покрываем стоимость обследований для выявления инфекций, передающихся половым путем (хламидии, гонорея, сифилис и гепатит В), для беременных женщин и определенной категории людей, входящих в группу повышенного риска заражения ИППП, если анализы проводятся по направлению лечащего врача. Покрытие предоставляется один раз каждые 12 месяцев. Кроме того, мы оплачиваем 2 индивидуальные целенаправленные консультации продолжительностью от 20 до 30 минут каждый год для взрослых, ведущих активную сексуальную жизнь и входящих в группу риска заболевания ИППП. Мы оплачиваем указанные консультации в рамках оказания профилактических услуг при условии, что они предоставляются поставщиком первичных медицинских услуг в учреждении по оказанию первичного медицинского обслуживания, например, в офисе врача.</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0. Совместное страхование, доплата и франшиза не применяются, если профилактическое обследование и консультирование для профилактики ИППП покрываются страховкой Medicare.</p>

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Лечение заболеваний почек</p> <p>Покрываемые услуги:</p> <ul style="list-style-type: none">• обучение участников с заболеваниями почек правильному уходу за собой при таких заболеваниях, а также помощь участникам в принятии обдуманных решений касательно такого ухода; для участников с хроническим заболеванием почек IV стадии при наличии направления от лечащего врача оплачивается в общем не более шести обучающих занятий;• диализ в амбулаторных условиях (в том числе диализ при временном нахождении за территорией обслуживания, согласно описанию в главе 3);• диализ в стационарных условиях (если вы приняты на стационарное лечение в больницу для особого ухода);• обучение самостоятельному проведению диализа (в том числе обучение другого человека помимо вас, который будет помогать вам проводить диализ в домашних условиях);• оборудование и принадлежности для проведения диализа в домашних условиях;• определенные услуги поддержки на дому (например, при необходимости, посещения опытного специалиста по проведению диализа, который проверит, правильно ли вы проводите диализ на дому, поможет в экстренных случаях и проверит оборудование для проведения диализа и источник воды). <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если медицинскую помощь оказывает поставщик услуг, с которым у нас заключен договор, или если услуги диализа предоставляются внесетевым поставщиком в период вашего временного нахождения за пределами территории обслуживания.</i></p> <p>Определенные препараты для проведения диализа оплачиваются по программе Medicare часть B.</p> <p>Дополнительную информацию об этом см. в разделе «Рецептурные препараты, покрываемые по части B программы Medicare».</p>	Вы платите \$0.

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Услуги учреждений квалифицированного сестринского ухода (SNF) (Определение термина «квалифицированный сестринский уход» см. в главе 11 данной брошюры. В некоторых случаях для обозначения термина «учреждение квалифицированного сестринского ухода» используется аббревиатура SNF.)</p> <p>Страховка покрывает до 100 дней пребывания в учреждении квалифицированного сестринского ухода за один период предоставления льгот. При долгосрочном уходе ваше пребывание там не ограничено. Предварительное пребывание в больнице не требуется. Покрываемые услуги включают, в числе прочего, следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Пребывание в общей палате (или отдельной палате, если это необходимо по медицинским показаниям) • Питание, в том числе особая диета • Квалифицированное сестринское обслуживание • Физиотерапия, эрготерапия и терапия при расстройствах речи • Препараты, назначенные вам в рамках планового ухода (к ним относятся вещества, в естественном виде присутствующие в организме, например факторы свертываемости крови) • Кровь, в том числе ее хранение и переливание. Согласно условиям плана первые 3 пинты цельной крови и эритроцитарной массы оплачиваются в рамках программы MassHealth (Medicaid). Покрытие Medicare для цельной крови и эритроцитарной массы начинается с четвертой пинты необходимой вам крови. Планом предоставляется покрытие всех прочих компонентов крови, начиная с первой использованной пинты, в рамках программы Medicare. • Медицинские и хирургические принадлежности, обычно предоставляемые учреждением с квалифицированным сестринским уходом • Лабораторные анализы, проводимые таким учреждением • Рентген и прочие услуги радиологии, обычно предоставляемые учреждением с квалифицированным сестринским уходом • Использование специальных приспособлений, например кресел-каталок, обычно предоставляемых таким учреждением • Услуги терапевта или практикующего специалиста 	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Если по программе MassHealth (Medicaid) для вас будет установлен ежемесячный платеж за повседневный уход, оплачиваемый пациентом, вы будете обязаны самостоятельно оплатить соответствующие расходы MassHealth (Medicaid).</p>


Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Услуги учреждений квалифицированного сестринского ухода (SNF) (продолжение)</p> <p>Как правило, квалифицированный сестринский уход можно получить в учреждении, входящем в сеть плана. Однако при определенных обстоятельствах, перечисленных далее, услуги могут оказываться в учреждении, не входящем в нашу сеть, если оно согласится со ставками, предлагаемыми нашим планом, например:</p> <ul style="list-style-type: none">• центр сестринского ухода или интернат для пожилых людей с уходом, в котором вы проживали до момента поступления в больницу (если в нем предоставляется квалифицированный сестринский уход);• учреждение квалифицированного сестринского ухода, в котором проживает супруг/супруга на момент вашей выписки из больницы. <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	
<p> Отказ от курения и употребления табака (консультации по отказу от курения и употребления табака)</p> <p><u>Если вы употребляете табак, но у вас нет симптомов заболеваний, связанных с курением:</u> в рамках льгот по программе Medicare планом предусмотрено покрытие двух консультаций с целью отказа от курения в течение 12 месяцев. Это профилактическая услуга, которая предоставляется вам бесплатно. Каждая консультация включает до четырех индивидуальных приемов.</p> <p><u>Если вы употребляете табак и у вас было диагностировано связанное с курением заболевание, или вы принимаете лекарство, на которое может повлиять употребление табака:</u> план оплачивает услуги консультанта по отказу в рамках программы Medicare. Мы оплачиваем две попытки отказа в течение 12 месяцев. Каждая консультация включает до четырех индивидуальных приемов.</p> <p>План также покрывает 8 дополнительных консультаций, связанных с отказом от употребления табака, в рамках программы MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется, если услуги оказываются поставщиком, с которым у нас заключен договор.</i></p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>Сострахование, доплаты и франшиза не применяются, если профилактические мероприятия, проводимые для отказа от табака и курения, покрываются страховкой Medicare.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)


Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Социальная и дневная медицинская помощь лицам с деменцией</p> <p>Поддержка людей в учреждениях группового проживания, чтобы помочь им восстановиться после острого заболевания или облегчить протекание хронической болезни. Данная помощь включает планирование ухода, социальные услуги, терапевтические мероприятия, прием пищи и транспортировку. Она направлена на поддержание сил и возможностей участников и сохранение их социальной активности. План покрывает эти услуги в рамках программы MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	Вы платите \$0.
<p>Лечебная физкультура (Supervised Exercise Therapy, SET)</p> <p>План покрывает занятия лечебной физкультурой участникам, страдающим заболеванием периферических кровеносных сосудов (PAD), получившим направление на занятия лечебной физкультурой от врача, ведущего лечение PAD.</p> <p>Покрывается до 36 занятий в течение 12 недель, если программа SET соответствует всем необходимым критериям.</p> <p>Программа SET должна отвечать следующим критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> • состоять из занятий лечебной физкультурой продолжительностью 30–60 минут для страдающих заболеванием периферических артерий, у которых наблюдаются болезненные судороги в ногах из-за недостаточного кровоснабжения (перемежающаяся хромота); • занятия проводятся амбулаторно при больнице или в офисе врача; • занятия проводятся квалифицированными специалистами, прошедшими обучение методикам лечебной физкультуры для страдающих заболеванием периферических артерий, с тем чтобы минимизировать риски; • занятия проводятся под наблюдением терапевта, помощника врача, фельдшера или медсестры-специалиста, обученных проведению основных и интенсивных реабилитационных мероприятий. <p>Покрытие лечебной физкультуры может быть продлено на 36 занятий в дополнение к 36 занятиям в течение 12 недель, если поставщик медицинских услуг вынесет заключение, что они необходимы по медицинским показаниям.</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	Вы платите \$0.

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p>Услуги по транспортировке (в целях оказания медицинских услуг) План покрывает услуги по транспортировке по одобренным адресам для получения медицинских услуг, не связанных с оказанием экстренной помощи. План покрывает неэкстренную транспортировку, предусмотренную программой MassHealth (Medicaid).</p>	Вы платите \$0.
<p>Услуги по транспортировке (в немедицинских целях) В месяц оплачивается восемь поездок в одну сторону, не связанных с получением медицинских услуг (например, поездок за покупками). Могут действовать ограничения по дальности поездок. Эти услуги покрываются планом в рамках программы MassHealth (Medicaid).</p> <p><i>Требуется предварительное разрешение.</i></p>	Вы платите \$0.
<p>Срочная медицинская помощь Срочная медицинская помощь предоставляется для лечения непредвиденных заболеваний, травм и состояний, не являющихся неотложными, но требующих незамедлительной медицинской помощи. За срочной медицинской помощью можно обратиться к поставщику услуг, не входящему в сеть нашего плана, если входящие в сеть поставщики временно недоступны или не могут вас принять.</p> <p>Наш план также покрывает неотложную медицинскую помощь, включая транспортировку в экстренных случаях, и срочную медицинскую помощь за пределами Соединенных Штатов и их территорий на сумму до одной тысячи долларов США (\$1,000) в календарном году. Это дополнительная льгота, покрываемая нашим планом страхования. Подробнее о срочных медицинских услугах см. в главе 3.</p> <p><i>Предварительное разрешение не требуется.</i> В случае оказания вам такой помощи вы обязаны при первой же возможности уведомить об этом вашего поставщика первичных медицинских услуг/вашу команду медицинского обслуживания.</p>	Вы платите \$0.


Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Услуги по охране зрения</p> <p>Планом покрываются дополнительные офтальмологические услуги, как правило, не покрываемые программами Medicare и (MassHealth). План ежегодно предоставляет до \$200 на приобретение (без получения предварительного разрешения) отпускаемой по рецепту очковой оптики, включая:</p> <ul style="list-style-type: none"> • контактные линзы; • очки, в том числе оправы и линзы, приобретаемые по отдельности или вместе; • замену линз. <p>Покрываются (с оплатой по программе Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторные услуги терапевта для диагностики и лечения заболеваний и травм глаз, в том числе лечение возрастной дегенерации желтого пятна (программа Original Medicare не покрывает стоимость плановой проверки зрения для подбора очков или контактных линз); • Для людей с повышенным риском развития глаукомы (например при генетической предрасположенности или диабете, а также для афроамериканцев в возрасте 50 лет и старше) покрывается стоимость одного обследования в год; • Для лиц, страдающих сахарным диабетом покрывается обследование на диабетическую ретинопатию один раз в год; • Одна пара очков или контактных линз после каждой операции по удалению катаракты, включая установку искусственного хрусталика (люди, перенесшие две разные операции по удалению катаракты, не могут зарезервировать льготу после первой операции, чтобы приобрести две пары очков после второй). <p>Кроме того, план покрывает стоимость офтальмологических услуг, оплачиваемых по программе MassHealth (Medicaid). Покрываемые услуги включают, в числе прочего, следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Плановую проверку зрения; 	<p>Вы платите \$0 за услуги, покрываемые планом и программами Medicare и MassHealth (Medicaid).</p> <p>Вы платите \$0 за очковую оптику стоимостью не более \$200 за календарный год в рамках получения дополнительных льгот. Для приобретения очковой оптики предварительное разрешение не требуется.</p> <p>План покрывает расходы на приобретение очковой оптики стоимостью более \$200 при наличии предварительного разрешения поставщика, заключившего контракт с нашим планом.</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Услуги по охране зрения (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none">• Очки, в том числе специальные линзы и контактные линзы для участников с определенными заболеваниями органов зрения. Очки и другие приспособления для исправления зрения, в том числе контактные линзы, изготавливаются только по рецепту врача (в нем обязательно должна быть указана дата выдачи). Рецепт выдается по результатам офтальмологического обследования, проведенного медицинским работником, имеющим право назначать рецептурные препараты. Рецепт должен содержать всю необходимую информацию, чтобы специалист, отпускающий препараты по рецепту, мог заказать соответствующий рецептурный препарат, и соответствующая услуга могла быть покрыта планом по программе MassHealth (Medicaid). <p><i>Для отпускаемой по рецепту очковой оптики стоимостью не более \$200 предварительное разрешение не требуется. Для любой очковой оптики стоимостью свыше \$200 необходимо предварительное согласование. Услуги должен оказывать поставщик, с которым у нас заключен договор.</i></p> <p>План не покрывает стоимость дизайнерских оправ и контактных линз, используемых в косметических целях (например, цветных линз).</p>	

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, на которые распространяется страховое покрытие	Ваши собственные затраты при получении данных услуг
<p> Первичный профилактический осмотр «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare)</p> <p>План покрывает стоимость однократного профилактического осмотра при регистрации в программе Medicare — «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare). В ходе этого осмотра врач проверяет ваше здоровье в общем, а также дает советы и рекомендации по необходимым профилактическим услугам (в том числе по результатам снимков и прививкам), а также при необходимости даются направления для получения другого ухода.</p> <p>Важная информация: Мы оплачиваем первичный профилактический осмотр «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare) только в течение первых 12 месяцев после регистрации в программе Medicare, часть В. Назначая время посещения, сообщите своему лечащему врачу о желании пройти первичный профилактический осмотр при регистрации в программе Medicare.</p>	<p>Вы платите \$0.</p> <p>В отношении первичного профилактического осмотра «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare) не применяются сострахование, доплаты и франшиза.</p>

РАЗДЕЛ 3 Услуги, не покрываемые планом**Раздел 3.1 Услуги, не покрываемые планом (исключения)**

В этом разделе перечислены услуги, исключенные из страхового покрытия, т. е. не покрываемые нашим планом. В некоторых случаях мы покрываем затраты на принадлежности или услуги, исключенные из программы Medicare, по плану льгот MassHealth (Medicaid). Для получения дополнительной информации о льготах MassHealth (Medicaid) обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на последней странице обложки данной брошюры).

В приведенной ниже таблице описаны услуги и товары, которые не покрываются планом ни при каких условиях либо покрываются только при определенных обстоятельствах. В ней также указано, предоставляется ли покрытие в рамках программы MassHealth (Medicaid) в каждом описанном случае.

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Мы оплачиваем стоимость услуг, перечисленных в таблице ниже, только при указанных определенных обстоятельствах. Есть только одно исключение: если после апелляции услуга из этого списка будет признана медицинской услугой, которую мы должны были оплатить или покрыть именно в вашем конкретном случае (подробную информацию о подаче апелляции по вынесенному решению о непокрытии медицинской услуги см. в главе 8, раздел 5.3, этой брошюры).

Все исключения и ограничения, касающиеся услуг, описаны в таблице льгот или таблице ниже.

Услуги, не покрываемые Medicare	Не покрываются ни при каких условиях	Покрываются только при определенных обстоятельствах
Услуги, которые не считаются обоснованными и необходимыми согласно стандартам программы Original Medicare.		<p style="text-align: center;">✓</p> Услуги, которые не считаются обоснованными или необходимыми согласно стандартам программы Original Medicare, не покрываются, если только они не входят в число льгот, покрываемых нашим планом или программой MassHealth (Medicaid), либо являются необходимыми согласно утвержденному плану индивидуального медицинского обслуживания.
Экспериментальные медицинские процедуры и хирургические операции, оборудование и медикаменты. Экспериментальные процедуры и принадлежности, а также принадлежности и процедуры, определенные нашим планом или программой Original Medicare как неприемлемые в медицинском сообществе.		<p style="text-align: center;">✓</p> Могут покрываться программой Original Medicare в рамках клинических исследований, утвержденных Medicare, или нашим планом (подробную информацию о клинических исследованиях см. в главе 3, разделе 5).
Отдельная палата в больнице.		<p style="text-align: center;">✓</p> Покрывается только при наличии медицинских показаний.

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, не покрываемые Medicare	Не покрываются ни при каких условиях	Покрываются только при определенных обстоятельствах
Дополнительные личные удобства в палате больницы или учреждения с квалифицированным сестринским уходом, например телефон или телевизор.	✓	
Постоянный сестринский уход на дому		✓ Может покрываться планом в рамках программы MassHealth (Medicaid), если альтернативные варианты ухода недоступны. Требуется предварительное разрешение
*Повседневный уход — патронажные услуги, которые предоставляются в центрах сестринского ухода, хосписах или других учреждениях, когда не требуется квалифицированный медицинский или сестринский уход.		✓ Покрытие предоставляется планом в рамках программы MassHealth (Medicaid). Требуется предварительное разрешение (подробную информацию о повседневном уходе см. в главе 4, раздел 2.1).
Услуги по ведению домашнего хозяйства, включающие основную бытовую помощь, в том числе легкую работу по дому или приготовление легких блюд.		✓ Покрытие предоставляется планом в рамках программы MassHealth (Medicaid). Требуется предварительное разрешение (для получения дополнительной информации см. главу 4, раздел 2.1).

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, не покрываемые Medicare	Не покрываются ни при каких условиях	Покрываются только при определенных обстоятельствах
Оплата, взимаемая близкими родственниками или членами семьи, проживающими совместно с участником плана		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Могут покрываться планом в рамках предоставляемых вам льгот по программе MassHealth (Medicaid) при условии предварительного согласования. Например, если вы участвуете в программе патронажной службы и ваш поставщик первичных медицинских услуг или команда медицинского обслуживания назначает члена вашей семьи представителем патронажной службы (подробную информацию о повседневном уходе см. в главе 4, раздел 2.1).</p>
Пластическая хирургия или косметические процедуры.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Покрытие распространяется на процедуры по реконструкции, необходимые при повреждениях, полученных в результате несчастного случая, или для улучшения функционирования деформированного органа.</p> <p>Покрывается стоимость всех этапов восстановления удаленной молочной железы, а также процедуры, проводимые для здоровой молочной железы с целью придания симметричной формы.</p>
Плановые стоматологические услуги, например чистка, пломбирование или протезирование		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>План покрывает плановую стоматологическую помощь, оплачиваемую по программе MassHealth (Medicaid). Может потребоваться предварительное разрешение. (подробную информацию о стоматологической помощи см. в главе 4, раздел 2.1).</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, не покрываемые Medicare	Не покрываются ни при каких условиях	Покрываются только при определенных обстоятельствах
Внеплановое стоматологическое обслуживание		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Стоматологические услуги, необходимые для лечения заболеваний или травм, могут покрываться как вид стационарного или амбулаторного лечения. Может потребоваться предварительное разрешение. (подробную информацию о стоматологической помощи см. в главе 4, раздел 2.1).</p>
Плановая мануальная терапия		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Мануальные процедуры на позвоночнике, направленные на исправление подвывиха, покрываются Medicare. План покрывает подобные услуги в рамках программы MassHealth (Medicaid). (подробную информацию о мануальной терапии см. в разделе 2.1 главы 4).</p>
Плановый уход за стопами		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Согласно правилам Medicare в некоторых случаях предоставляется ограниченное покрытие (например, при диабете). План покрывает дополнительные услуги в рамках программы MassHealth (Medicaid). Может потребоваться предварительное разрешение. (для получения дополнительной информации см. главу 4, раздел 2.1).</p>
Доставка еды на дом		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>План покрывает услуги в рамках программы MassHealth (Medicaid). Требуется предварительное разрешение (для получения дополнительной информации о доставке еды на дом см. главу 4, раздел 2.1).</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, не покрываемые Medicare	Не покрываются ни при каких условиях	Покрываются только при определенных обстоятельствах
Ортопедическая обувь.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Покрытие предоставляется, если обувь является частью фиксатора ноги и ее стоимость включена в стоимость всего приспособления, а также если обувь предназначена для людей с синдромом диабетической стопы. Дополнительное оборудование и устройства могут покрываться в рамках программы MassHealth (Medicaid). Может потребоваться предварительное разрешение. (для получения дополнительной информации см. главу 4, раздел 2.1).</p>
Поддерживающие устройства для стоп.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Ортопедическая или терапевтическая обувь для людей с синдромом диабетической стопы. Дополнительное оборудование и устройства могут покрываться в рамках программы MassHealth (Medicaid). Может потребоваться предварительное разрешение. (для получения дополнительной информации см. главу 4, раздел 2.1).</p>
Плановые проверки органов слуха, приобретение слухового устройства или осмотр для подбора такого устройства.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Покрытие предоставляется планом в рамках программы MassHealth (Medicaid). Может потребоваться предварительное разрешение. (для получения дополнительной информации см. главу 4, раздел 2.1).</p>

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, не покрываемые Medicare	Не покрываются ни при каких условиях	Покрываются только при определенных обстоятельствах
Плановые проверки зрения, приобретение очков, радиальная кератотомия, коррекция зрения по методике LASIK, восстановление зрения и прочие услуги для людей с пониженным зрением.		<p style="text-align: center;">✓</p> Проверка зрения и приобретение одной пары очков (или контактных линз) покрываются для участников плана, перенесших операцию по удалению катаракты, в рамках программы Medicare. План покрывает дополнительные услуги, в том числе плановые, по программе MassHealth (Medicaid). Может потребоваться предварительное разрешение. (дополнительную информацию об услугах по охране зрения см. в главе 4, раздел 2.1).
Дестерилизация и приобретение контрацептивных средств, отпускаемых без рецепта.		<p style="text-align: center;">✓</p> Покрытие предоставляется только в случае, если эти услуги или средства покрываются программой MassHealth (Medicaid).
Иглоукальвание		<p style="text-align: center;">✓</p> Покрытие предоставляется планом в рамках программы MassHealth (Medicaid). (для получения дополнительной информации см. главу 4, раздел 2.1).
Натуропатические услуги (с использованием природных или альтернативных видов лечения).	✓	
Электронные сигареты	✓	
Покрытие не распространяется на плановые услуги, предоставленные за пределами нашей территории обслуживания.	✓	

Глава 4. Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)

Услуги, не покрываемые Medicare	Не покрываются ни при каких условиях	Покрываются только при определенных обстоятельствах
Услуги, предоставленные за пределами Соединенных Штатов и их территорий.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Наш план покрывает неотложную медицинскую помощь, включая неотложную транспортировку и срочную медицинскую помощь, за пределами Соединенных Штатов и их территорий на сумму до одной тысячи долларов США (\$1,000) в календарном году (для получения дополнительной информации см. главу 4, раздел 2.1).</p>
Услуги, которые вы получаете без получения предварительного разрешения если оно требуется (в таблице льгот, приведенной выше в этом разделе, указано, для каких услуг требуется получение предварительного разрешения).	✓	

* Повседневный уход — это уход при котором не требуется постоянное внимание или услуги опытного медицинского или младшего медицинского персонала (например, помощь в повседневных действиях, таких как купание или одевание).

ГЛАВА 5

*Страховое покрытие
отпускаемых по рецепту
препаратов, предусмотренных
частью D*

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

РАЗДЕЛ 1	Введение	146
Раздел 1.1	Общие сведения о покрытии препаратов по части D	146
Раздел 1.2	Основные правила покрытия препаратов по части D в рамках плана .	147
РАЗДЕЛ 2	Получайте препараты по рецепту в сетевой аптеке или пользуйтесь услугой плана по доставке лекарств почтой.....	148
Раздел 2.1	Чтобы отпускаемые по рецепту препараты покрывались страховкой, пользуйтесь услугами сетевых аптек	148
Раздел 2.2	Как найти сетевую аптеку	148
Раздел 2.3	Как воспользоваться услугами плана по доставке лекарств почтой....	149
Раздел 2.4	Как получить запас препаратов на длительный срок	150
Раздел 2.5	Когда можно воспользоваться услугами аптеки, не входящей в сеть плана	151
РАЗДЕЛ 3	Ваши лекарства должны входить в Список препаратов плана.....	152
Раздел 3.1	Список препаратов: лекарства, покрываемые по части D.....	152
Раздел 3.2	Как выяснить, входит ли определенный препарат в Список препаратов.....	154
РАЗДЕЛ 4	Ограничение страхового покрытия определенных препаратов.....	154
Раздел 4.1	Почему для некоторых препаратов действуют ограничения.....	154
Раздел 4.2	Типы ограничений.....	155
Раздел 4.3	Какие ограничения действуют для препаратов	156
РАЗДЕЛ 5	Что делать, если вы не согласны с условиями покрытия препаратов	156
Раздел 5.1	Если вы не согласны с условиями покрытия препаратов, вы можете принять определенные меры	156
Раздел 5.2	Что делать, если препарат не включен в список покрываемых или на него распространяются ограничения.....	157
РАЗДЕЛ 6	Что делать, если для одного из препаратов изменились условия покрытия	160
Раздел 6.1	Список препаратов может изменяться в течение года	160

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

Раздел 6.2	Что произойдет, если изменятся условия покрытия препарата, который вы принимаете.....	160
РАЗДЕЛ 7	Типы препаратов, не покрываемые планом	162
Раздел 7.1	Типы препаратов, для которых мы не предоставляем покрытие	162
РАЗДЕЛ 8	Предъявляйте свою карту участника, получая препарат по рецепту.....	164
Раздел 8.1	Предъявляйте свою карту участника.....	164
Раздел 8.2	Что делать, если у вас нет при себе карты участника.....	164
РАЗДЕЛ 9	Покрытие препаратов по части D в особых случаях.....	164
Раздел 9.1	Если вы пребываете в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода и их услуги покрываются планом	164
Раздел 9.2	Если вы пребываете в учреждении долгосрочного ухода.....	165
Раздел 9.3	Если работодатель или пенсионный фонд также покрывает стоимость ваших препаратов	165
Раздел 9.4	Если вы пребываете в хосписе, сертифицированном Medicare	166
РАЗДЕЛ 10	Программы по обеспечению безопасности лекарственных средств и контролю за приемом лекарств	167
Раздел 10.1	Программы, помогающие участникам принимать препараты безопасно.....	167
Раздел 10.2	Программа контроля за использованием наркотических препаратов (Drug Management Program, DMP), помогающая участникам безопасно применять опиоидные препараты.....	167
Раздел 10.3	Программа управления медикаментозной терапией (Medication Therapy Management, MTM), помогающая участникам контролировать прием лекарств	168
Раздел 11	Мы отправляем вам отчеты с разъяснением платежей за лекарства и этапов оплаты, на которых вы находитесь.....	169
Раздел 11.1	Мы отправляем вам ежемесячный отчет «Обоснование страховых выплат по части D»	169
Раздел 11.2	Помогите нам обеспечить актуальность информации о ваших выплатах за препараты.....	170

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D**Как получить информацию о расходах на лекарственные препараты?**

Являясь участником MassHealth (Medicaid), вы имеете право на дополнительную помощь от Medicare в оплате расходов на рецептурные препараты по программе Extra Help. Так как вы участвуете в программе Extra Help, **некоторая информация о расходах на рецептурные препараты, покрываемые по части D, которая содержится в данном «Подтверждении страхового покрытия», к вам не относится.** Мы отправили вам отдельный документ — «Дополнение к «Подтверждению страхового покрытия» для участников, получающих дополнительную помощь по программе Extra Help в оплате рецептурных препаратов» (другое название — «Дополнение к программе льгот для лиц с низкими доходами» или «LIS Rider»). В нем описаны действующие для вас условия покрытия препаратов. Если вы не получили этот документ, обратитесь в службу поддержки участников и попросите прислать вам «Дополнение LIS» (Номера телефонов службы поддержки участников указаны на последней странице обложки данной брошюры).

РАЗДЕЛ 1 Введение**Раздел 1.1 Общие сведения о покрытии препаратов по части D**

В этой главе **разъясняются правила страхового покрытия препаратов по части D.**

План Senior Care Options Program покрывает стоимость как препаратов, предусмотренных частью D, так и некоторых других лекарств, оплачиваемых согласно медицинским льготам плана. В рамках льгот, предусмотренных частью A программы Medicare, наш план покрывает стоимость препаратов, принимаемых участниками во время покрываемого страховкой пребывания в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода. В рамках льгот, предусмотренных частью B программы Medicare, наш план покрывает стоимость препаратов для химиотерапии, определенных инъекций, выполняемых при посещении врача, и препаратов, получаемых в учреждении, проводящем диализ. В главе 4 «Таблица льгот: перечень покрываемых услуг» описаны льготы и расходы на лекарства, утвержденные на время покрываемого лечения в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода, а также льготы и расходы на препараты, покрываемые по части B.

Препараты могут оплачиваться программой Original Medicare, если вы пребываете в хосписе Medicare. По частям A, B и D программы Medicare наш план покрывает только те услуги и препараты, которые не связаны с терминальными стадиями заболеваний и связанными с ними состояниями. Дополнительную информацию см. в разделе 9.4 («Если вы пребываете в хосписе, сертифицированном Medicare»). Подробные сведения о покрытии услуг хосписа см. в соответствующем разделе главы 4 «Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)».

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

В следующих разделах описывается страховое покрытие препаратов по части D. В разделе 9 «*Покрытие препаратов по части D в особых случаях*» приведена подробная информация о страховом покрытии в рамках части D и Original Medicare.

Кроме препаратов, покрываемых Medicare, есть ряд препаратов, покрытие которых предоставляется по страховке MassHealth (Medicaid). Мы отправим вам список препаратов, покрываемых по программе MassHealth (Medicaid). Дополнительную информацию вы можете получить, обратившись в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Перечень препаратов, покрываемых программой MassHealth (Medicaid), размещен на нашем сайте www.CommonwealthCareSCO.org.

Раздел 1.2	Основные правила покрытия препаратов по части D в рамках плана
-------------------	---

Как правило, план покрывает стоимость препаратов при соблюдении приведенных ниже основных правил.

- Поставщик услуг (лечащий врач, стоматолог или другой специалист, имеющий право назначать препараты) должен выписать вам рецепт.
- При этом необходимо, чтобы он принимал условия Medicare или представил в Центры обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS) документы, подтверждающие, что он имеет право выписывать рецепты. В противном случае в оплате препарата по части D будет отказано. Во время следующего посещения или звонка уточните у врача, выписывающего вам рецепты, отвечает ли он этим требованиям. В ином случае обратите внимание на то, что для оформления необходимых документов потребуется определенное время.
- Чтобы получить препараты по рецепту, вам, как правило, необходимо пользоваться услугами аптеки, входящей в сеть (см. раздел 2 «*Получайте препараты по рецепту в сетевой аптеке или пользуйтесь услугой плана по доставке лекарств почтой*»).
- Ваше лекарство должно входить в *Список покрываемых препаратов (Формуляр) плана* (для краткости он называется «Списком препаратов») (см. раздел 3 «*Ваши лекарства должны входить в Список препаратов плана*»).
- Использование препарата должно быть одобрено с медицинской точки зрения согласно показаниям к применению. Использование препарата считается таковым, если данный препарат утвержден Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов или рекомендован в определенных справочниках (подробную информацию о применении, одобренном с медицинской точки зрения согласно показаниям, см. в разделе 3).

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

РАЗДЕЛ 2 Получайте препараты по рецепту в сетевой аптеке или пользуйтесь услугой плана по доставке лекарств почтой

Раздел 2.1 Чтобы отпускаемые по рецепту препараты покрывались страховкой, пользуйтесь услугами сетевых аптек

В большинстве случаев отпускаемые по рецепту препараты оплачиваются планом *только* в том случае, если вы получаете их в наших сетевых аптеках (информацию об условиях покрытия препаратов, полученных по рецепту в аптеке, не входящей в сеть, вы можете найти в разделе 2.5).

Сетевая аптека — это аптека, заключившая договор с планом на предоставление покрываемых препаратов, отпускаемых по рецепту. Термин «покрываемые препараты» означает все рецептурные препараты, покрываемые по части D и входящие в Список препаратов плана.

Раздел 2.2 Как найти сетевую аптеку**Как найти сетевую аптеку в своем районе**

Чтобы найти сетевую аптеку, используйте наш Справочник аптек, зайдите на наш сайт www.CommonwealthCareSCO.org или обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Вы можете обратиться в любую из наших сетевых аптек. При смене аптеки, если вам нужно пополнить запас принимаемого препарата, вы можете обратиться к своему поставщику за новым рецептом или попросить переслать ваш рецепт в новую сетевую аптеку.

Что делать, если аптека, в которой вы получаете препараты, выходит из сети

Если аптека, которой вы пользуетесь, выходит из сети плана, вам следует обратиться в другую сетевую аптеку. Чтобы найти другую сетевую аптеку в своем районе, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры) или используйте наш *Справочник аптек*. Необходимая информация также размещена на нашем сайте www.CommonwealthCareSCO.org.

Что делать, если вам нужна специализированная аптека

В некоторых случаях за препаратом необходимо обращаться в специализированную аптеку. К специализированным аптекам относятся:

- Аптеки, которые поставляют препараты для инфузионной терапии на дому.

Глава 5. Страхование покрытия отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

- Аптеки, поставляющие препараты пациентам учреждений долгосрочного ухода. Как правило, учреждение долгосрочного ухода (например, центр сестринского ухода) имеет собственную аптеку. Если вы являетесь пациентом учреждения долгосрочного ухода, мы должны обеспечить вам возможность получения лекарств, покрываемых по части D, в наших сетевых аптеках, обслуживающих учреждения долгосрочного ухода (с которыми обычно сотрудничают подобные учреждения). Если вы испытываете трудности с получением этих льгот, обратитесь в службу поддержки.
- Аптеки, обслуживающие программы здравоохранения Indian Health Service/Tribal/Urban Indian (недоступно для Пуэрто-Рико). Кроме экстренных случаев, только коренные американцы и коренные жители Аляски имеют право пользоваться услугами этих аптек, входящих в нашу сеть.
- Аптеки, реализующие препараты, продажа которых запрещена Управлением США по контролю за продуктами питания и лекарствами на некоторых территориях, а также препараты, которые требуют особого обращения, контроля со стороны поставщика или обучения применению (Примечание: к услугам этих аптек мы прибегаем нечасто).

Чтобы найти специализированную аптеку, используйте наш *Справочник аптек* или обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Раздел 2.3	Как воспользоваться услугами плана по доставке лекарств почтой
-------------------	---

В рамках нашего плана вы можете заказать по почте запас лекарственных препаратов, **рассчитанный на срок приема до 90 дней.**

Чтобы больше узнать о получении рецептурных препаратов по почте вы можете:

1. Позвонить в службу поддержки участников по номеру, указанному на задней стороне обложки данной брошюры.
2. Посетить наш сайт www.CommonwealthCareSCO.org и выбрать раздел 'Mail-Order Options' («Возможности получения препаратов по почте»).
3. Обратиться к своему поставщику первичных медицинских услуг или команде медицинского обслуживания.

Как правило, препараты, заказанные в аптеке, отправляющей заказы по почте, доставляются в течение 14 дней. Если ваш почтовый заказ задерживается по какой-либо причине, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Мы поможем вам получить необходимые прописанные препараты.

Глава 5. Страхование покрытия отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

Новые рецепты, которые аптека получает непосредственно от вашего врача.

После того как в аптеку будет доставлен рецепт от поставщика медицинских услуг, работник аптеки свяжется с вами, чтобы узнать, хотите ли вы получить лекарства сразу или позднее. Так вы удостоверитесь, что нужное лекарство (в правильной дозировке, количестве и форме) будет доставлено из аптеки вовремя, причем при необходимости вы сможете приостановить или отложить выполнение заказа до выставления вам счета и отправки лекарств. Важно, чтобы вы отвечали на каждый запрос из аптеки, чтобы ее работники знали, что делать с новым рецептом, и чтобы предотвратить задержки при доставке.

Пополнение запаса назначенных лекарств по почте. Чтобы докупить необходимые препараты, свяжитесь со своей аптекой за 14–21 день до того, как закончатся имеющиеся у вас лекарства (исходя из вашей оценки). Так вы поспособствуете своевременной отправке вашего следующего заказа.

Обязательно сообщите сотрудникам аптеки, как лучше связаться с вами, чтобы они могли обратиться к вам для подтверждения заказа перед отправкой. Позвоните в аптеку и подтвердите свою контактную информацию.

Раздел 2.4	Как получить запас препаратов на длительный срок
-------------------	---

План предусматривает два способа получения запаса поддерживающих лекарственных препаратов, рассчитанного на длительный срок приема (иногда он называется «долговременный запас»). Покрытие распространяется на лекарства, перечисленные в Списке препаратов нашего плана (поддерживающие препараты — это препараты, которые вы принимаете регулярно при наличии хронического или долговременного медицинского заболевания). Вы можете заказать доставку этих лекарств почтой (см. раздел 2.3) или получить их в розничной аптеке.

1. **Некоторые розничные аптеки** нашей сети предоставляют долговременный запас поддерживающих препаратов. В *Справочнике аптек* указано, в каких аптеках можно получить запас поддерживающих препаратов на длительный срок. Подробную информацию вы также можете получить, обратившись в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).
2. Вы можете воспользоваться **услугой плана по доставке препаратов почтой**. В рамках нашего плана вы можете заказать по почте запас лекарственных препаратов, рассчитанный на срок приема до 90 дней. Подробную информацию об использовании услуги заказа препаратов по почте см. в разделе 2.3.

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D**Раздел 2.5 Когда можно воспользоваться услугами аптеки, не входящей в сеть плана****Получить препарат по рецепту можно в определенных ситуациях**

Как правило, мы покрываем препараты, полученные во внесетевой аптеке, *только* если у вас нет возможности воспользоваться услугами аптеки, входящей в нашу сеть. Некоторые аптеки нашей сети расположены за пределами нашей территории обслуживания. В них участники нашего плана также могут получить предписанные препараты. Если у вас нет возможности обратиться в сетевую аптеку, в некоторых случаях отпускаемые по рецепту препараты можно получить в аптеке, не входящей в нашу сеть. Эти случаи перечислены ниже.

- Если вы путешествуете в пределах Соединенных Штатов и их территорий, но за пределами территории обслуживания и заболеваете, чувствуете недомогание или у вас заканчивается предписанный препарат, мы предоставим покрытие рецептурного препарата, полученного в аптеке, не входящей в сеть. Прежде чем получить препарат во внесетевой аптеке, позвоните по бесплатному номеру службы поддержки участников, указанному на задней стороне обложки данной брошюры, и узнайте, нет ли поблизости нашей сетевой аптеки. Если в этом районе нет сетевых аптек, сотрудник службы поддержки участников может договориться с такой аптекой и вы получите свой препарат в ней. В ином случае вам, возможно, придется самостоятельно уплатить полную стоимость препарата. Вы можете обратиться к нам с просьбой о возмещении стоимости препарата, подав запрос. Процедура подачи письменного запроса описана в главе 6. Мы не оплачиваем отпускаемые по рецепту препараты, предоставленные аптеками за пределами Соединенных Штатов и их территорий (даже в экстренных случаях).
- Если у вас нет возможности вовремя получить покрываемый препарат, поскольку на территории обслуживания нет сетевой аптеки (в пределах разумного расстояния), работающей круглосуточно.
- Если вы пытаетесь получить покрываемый препарат, отпускаемый по рецепту, который отсутствует в сетевой аптеке или в нашей службе заказов по почте (к таким препаратам относятся препараты для лечения редких заболеваний и прочие лекарственные средства специального назначения).
- Если во время официального объявленного стихийного бедствия вы не сможете добраться до аптеки, входящей в сеть.

В таком случае мы оплатим 31-дневный запас покрываемых планом рецептурных препаратов, полученных во внесетевой аптеке.

В перечисленных ситуациях **сначала обратитесь в службу поддержки участников** и узнайте, нет ли поблизости сетевой аптеки (номера телефонов службы поддержки участников указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Если фактическая

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

стоимость препарата во внесетевой аптеке отличается от покрываемой стоимости такого же препарата в сетевой аптеке, возможно, вам придется оплатить эту разницу самостоятельно.

Как подать запрос представителям плана о возмещении понесенных расходов

Если вы обращаетесь в аптеку, не входящую в нашу сеть, как правило, вы оплачиваете полную стоимость получаемого по рецепту препарата. Затем вы можете подать нам запрос о возмещении затрат (в разделе 2.1 главы 6 объясняется, как подать запрос для возмещения стоимости препаратов в соответствии с планом).

РАЗДЕЛ 3 Ваши лекарства должны входить в Список препаратов плана

Раздел 3.1	Список препаратов: лекарства, покрываемые по части D
-------------------	---

Планом предусмотрен определенный *Список покрываемых препаратов (Формуляр)*. В данном *Подтверждении страхового покрытия* используется сокращенное название — **Список препаратов**.

Этот список составлен представителями плана при участии врачей и фармацевтов. Список отвечает требованиям, установленным Medicare. Программа Medicare утвердила Список препаратов плана.

В Список препаратов входят лекарства, покрываемые по части D программы Medicare (более подробно о препаратах, покрываемых по части D, см. в разделе 1.1 выше). Кроме препаратов, покрываемых Medicare, есть ряд препаратов, покрытие которых предоставляется по страховке MassHealth (Medicaid). Мы отправим вам список безрецептурных препаратов, покрываемых по программе MassHealth (Medicaid). Дополнительную информацию вы можете получить, обратившись в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Перечень препаратов, покрываемых программой MassHealth (Medicaid), размещен на нашем сайте www.CommonwealthCareSCO.org

Как правило, мы предоставляем покрытие препаратов, входящих в Список препаратов плана, если вы соблюдаете правила страхового покрытия, которые приведены в этой главе, и применение препарата будет одобрено с медицинской точки зрения согласно показаниям. Если препарат является одобренным с медицинской точки зрения согласно показаниям к применению, то это значит, что он:

- одобрен Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (т. е. утвержден Управлением по санитарному надзору за качеством

Глава 5. Страхование покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

пищевых продуктов и медикаментов для постановки диагноза или лечения заболевания, для которого его выписывают);

- -- или -- рекомендован определенными справочными изданиями (это справочник службы больничных фармацевтов American Hospital Formulary Service Drug Information, информационно-справочная система DRUGDEX, сборник информации о лекарственных веществах USP DI или под., а в случае раковых заболеваний — сеть учреждений National Comprehensive Cancer Network и справочник Clinical Pharmacology или под.).

В Списке препаратов содержатся как фирменные препараты, так и дженерики

Дженерик — это препарат, отпускаемый по рецепту, в состав которого входят те же активные компоненты, что и в состав фирменного препарата. Как правило, он действует так же, как фирменный, и обычно стоит дешевле. Для многих фирменных препаратов существуют заменители в виде дженериков.

Препараты, отпускаемые без рецепта

План также покрывает некоторые препараты, отпускаемые без рецепта. Стоимость некоторых безрецептурных препаратов ниже, чем отпускаемых по рецепту, но при этом они так же эффективны. Дополнительную информацию вы можете получить, обратившись в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Что не входит в наш Список препаратов

План покрывает не все препараты, отпускаемые по рецепту.

- Некоторые препараты программа Medicare не может покрывать из-за требований законодательства (для получения дополнительной информации об этом см. раздел 7.1 этой главы).
- Кроме того, мы приняли решение не включать определенные препараты в Список препаратов.
- Препараты, покрываемые по программе MassHealth (Medicaid), не входят в Список препаратов Medicare (Формуляр). Мы отправим вам перечень безрецептурных препаратов, покрываемых по программе MassHealth (Medicaid). Дополнительную информацию вы можете получить, обратившись в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Перечень лекарств, покрываемых программой MassHealth (Medicaid), размещен на сайте плана (www.CommonwealthCareSCO.org).

Глава 5. **Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D**

Раздел 3.2 Как выяснить, входит ли определенный препарат в Список препаратов

Для этого есть три способа:

1. Сверьтесь с последним Списком препаратов, отправленным вам по почте. (Обратите внимание: в Списке препаратов, который вы получите, будет содержаться информация об оплачиваемых препаратах, которые наиболее часто используются нашими участниками. Однако существуют и другие покрываемые препараты, которые не указаны в печатном варианте Списка. Если одного из ваших препаратов нет в Списке препаратов, посетите наш сайт или обратитесь в службу поддержки участников, чтобы выяснить, покрывается ли его стоимость.)
2. Посетите сайт плана по адресу www.CommonwealthCareSCO.org (Список препаратов, опубликованный на этом веб-сайте, постоянно обновляется и является самым актуальным);
3. Обратитесь в службу поддержки участников, чтобы выяснить, указан ли нужный вам препарат в Списке препаратов и заказать экземпляр Списка (номера телефонов службы поддержки участников указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

РАЗДЕЛ 4 Ограничение страхового покрытия определенных препаратов

Раздел 4.1 Почему для некоторых препаратов действуют ограничения

В отношении некоторых препаратов, отпускаемых по рецепту, действуют особые правила касательно способа и сроков покрытия. Эти правила разработаны командой врачей и фармацевтов, чтобы помочь нашим участникам наиболее эффективно использовать препараты. Эти особые правила также помогают контролировать общую стоимость препаратов, что делает покрытие ваших препаратов доступнее.

В целом правила поощряют использовать препараты, которые лучше всего подходят для вашего состояния и являются безопасными и эффективными. Если безопасный препарат по более низкой цене действует с медицинской точки зрения так же, как и более дорогой аналог, правилами плана вам и поставщику рекомендуется использовать более дешевый вариант. Кроме того, мы должны следовать правилам и нормам Medicare в вопросах покрытия препаратов и участия в издержках.

Если в отношении препарата действует ограничение, как правило, это означает, что вам или вашему врачу потребуется выполнить ряд дополнительных действий, чтобы вы получили компенсацию затрат на этот препарат. Если вы хотите, чтобы мы сняли ограничение для вас, запросите решение о страховом покрытии и подайте просьбу об

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

исключении. Мы можем принять или отклонить ваш запрос на снятие ограничения (подробную информацию об исключениях см. в разделе 7.2 главы 8).

Обратите внимание, что некоторые препараты упоминаются в нашем списке несколько раз. Это связано с тем, что может использоваться метод разделения затрат или могут применяться различные ограничения на основе таких факторов, как дозировка, количество или форма препарата, прописанного врачом (например, дозировка может составлять 10 мг или 100 мг, принимать лекарства можно один или несколько раз в день, препарат может изготавливаться в виде таблеток или жидкости и т. д.).

Раздел 4.2 Типы ограничений

В нашем плане используются различные типы ограничений, с помощью которых участники могут наиболее эффективно использовать препараты. В следующем разделе содержится дополнительная информация о типах ограничений, которые применяются к определенным препаратам.

Ограничение на использование фирменного препарата при наличии дженерика

Как правило, дженерики действуют так же, как фирменные препараты, но при этом стоят дешевле. **Если существует дженерик, аналогичный фирменному препарату, аптека, входящая в сеть плана, выдаст вам дженерик.** Как правило, при наличии дженерика, аналогичного фирменному препарату, покрытие фирменного препарата не предоставляется. Тем не менее, если ваш врач предоставит нам медицинские основания, по которым дженерик и другие покрываемые препараты для лечения одного и того же заболевания не подходят вам, мы предоставим покрытие фирменного препарата

Получение предварительного разрешения

Для получения некоторых препаратов вам или вашему врачу необходимо получить разрешение от представителей плана. После этого мы предоставим покрытие для этого препарата. Это называется **предварительным разрешением**. Иногда такое требование помогает убедиться в надлежащем использовании некоторых препаратов. При отсутствии такого разрешения стоимость вашего препарата, возможно, не будет покрываться.

Приоритетное применение альтернативных препаратов

Согласно этому требованию рекомендуется попробовать менее дорогой, но такой же эффективный препарат, прежде чем мы предоставим покрытие другого препарата. Например, если препарат А и препарат В используются для лечения одного и того же заболевания, при этом препарат А стоит дешевле, то по правилам плана сначала следует попробовать препарат А. Если препарат А вам не подойдет, план покроет стоимость препарата В. Это называется **поэтапным лечением**.

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D**Количественные ограничения**

План ограничивает количество некоторых получаемых лекарств. Для этого мы указываем максимальное количество препарата, которое можно получить по рецепту за один раз. Например, если считается безопасным принимать одну таблетку определенного препарата в день, возможно ограничение покрытия стоимости этого препарата из расчета не более одной таблетки в день.

Раздел 4.3 Какие ограничения действуют для препаратов

В Списке препаратов плана приводятся ограничения, описанные выше. Чтобы узнать, действуют ли эти ограничения для препаратов, которые вы принимаете или собираетесь принимать, см. Список препаратов. За актуальной информацией обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры) или посетите веб-сайт www.CommonwealthCareSCO.org.

Если в отношении препарата действует ограничение, как правило, это означает, что вам или вашему врачу потребуется выполнить ряд дополнительных действий, чтобы вы получили компенсацию затрат на этот препарат. Если в отношении препарата, который вы собираетесь принимать, действует ограничение, обратитесь в службу поддержки участников и уточните, что следует сделать вам или вашему поставщику, чтобы получить покрытие затрат на этот препарат. Если вы хотите, чтобы мы сняли ограничение в вашем случае, запросите решение о страховом покрытии и подайте просьбу об исключении. Мы можем принять или отклонить ваш запрос на снятие ограничения (подробную информацию об исключениях см. в разделе 7.2 главы 8).

РАЗДЕЛ 5 Что делать, если вы не согласны с условиями покрытия препаратов**Раздел 5.1 Если вы не согласны с условиями покрытия препаратов, вы можете принять определенные меры**

Мы надеемся, что вам подходят условия покрытия стоимости препаратов. Однако возможно, что отпускаемый по рецепту препарат, который вы сейчас принимаете либо должны принимать (по вашему мнению или вашего поставщика), не включен в наш формуляр или для него действуют определенные ограничения. Примеры:

- Препарат не покрывается нашим планом. Или же покрытие предоставляется только для дженерика, а не фирменного лекарства, которое вы хотите принимать.
- Препарат покрывается страховкой, но для него установлены дополнительные правила или ограничения, описанные в разделе 4. Например, вы должны будете попробовать другой препарат, чтобы проверить его действие в вашем случае, прежде чем для желаемого препарата будет предоставлено покрытие. Могут также

Глава 5. **Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D**

существовать ограничения по количеству препарата (числу таблеток и т. п.), на которое распространяется покрытие в определенный промежуток времени. В некоторых случаях вы можете обратиться к нам с просьбой о снятии ограничения.

Если покрытие для одного из ваших препаратов предоставляется не так, как вам того хотелось бы, вы можете предпринять определенные действия.

- Если лекарство не включено в наш Список препаратов или на него распространяются ограничения, см. раздел 5.2, чтобы узнать, что вы можете сделать в таком случае.

Раздел 5.2	Что делать, если препарат не включен в список покрываемых или на него распространяются ограничения
-------------------	---

Если ваш препарат отсутствует в Списке препаратов или на него распространяются ограничения, вы можете поступить следующим образом.

- Вы можете получить временный запас препарата (предоставляется только участникам в определенных ситуациях). Это предоставит вам и вашему врачу время на то, чтобы вы начали принимать другой препарат, или на подачу запроса о предоставлении покрытия для данного препарата.
- Вы можете начать принимать другой препарат.
- Вы можете попросить об исключении, обратившись к работникам плана с просьбой предоставить покрытие препарата или снять ограничения.

Вы можете получить временный запас

В определенных обстоятельствах план может предложить временный запас препарата, если ваш препарат отсутствует в Списке препаратов или на него распространяются ограничения. Таким образом, у вас появится время обсудить со своим лечащим врачом изменения в покрытии и составить план действий.

Вы сможете получить временный запас, если соблюдаются два приведенных ниже условия:

1. Изменение в страховом покрытии препаратов является одним из перечисленных ниже изменений:

- Принимаемое лекарство **более не входит в Список препаратов плана;**
- -- или -- на принимаемое лекарство **теперь распространяются некоторые ограничения** (см. раздел 4 данной главы).

Глава 5. Страхование покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

2. Вы входите в одну из описанных ниже категорий.

- **Новые участники (а также те, кто являлся участником плана в прошлом году), которые сейчас не проходят лечение в учреждении долгосрочного ухода:**

Мы покроем временный запас лекарства на протяжении **первых 90 дней после регистрации в плане (для новых участников) или на протяжении первых 90 дней календарного года (если вы были участником плана и в прошлом году)**. Такой временный запас будет рассчитан не более чем на 30 дней приема. Если ваш рецепт выдан на меньшее количество дней, мы разрешим получить по нему лекарство несколько раз, но общее количество не будет превышать 30-дневный запас. Препараты следует получать только в аптеке, входящей в нашу сеть.

- **Новые участники (а также те, кто являлся участником плана в прошлом году), которые сейчас проходят лечение в учреждении долгосрочного ухода:**

Мы покроем временный запас лекарства на протяжении **первых 90 дней после регистрации в плане (для новых участников) или на протяжении первых 90 дней календарного года (если вы были участником плана и в прошлом году)**. Общий запас препарата будет рассчитан не более чем на 98 дней приема с учетом постепенного отпуска. Если ваш рецепт выдан на меньшее количество дней, мы разрешим получить по нему лекарство несколько раз, но общее количество не будет превышать 98-дневный запас (учтите, что аптека учреждения долгосрочного ухода может выдавать лекарства в меньших количествах за один раз во избежание нерационального использования).

- **Участники, зарегистрированные в плане более 90 дней назад и пребывающие в учреждении долгосрочного ухода (LTC), которым препарат требуется незамедлительно:**

Мы однократно покрываем стоимость запаса лекарства, рассчитанного на 31 день приема или менее, если рецепт выписан на более короткий срок. Это покрытие будет предоставлено дополнительно к упомянутому ранее переходному запасу препарата при проживании в учреждении долгосрочного ухода.

- **Участники, у которых изменился уровень медицинского обслуживания:**

Для текущих участников, у которых изменился уровень медицинского обслуживания, мы предоставляем экстренный запас на срок не менее 31 дня (кроме случаев, когда рецепт выписан на меньшее количество дней) для всех лекарств, не включенных в формуляр, в том числе тех, на которые распространяется требование о поэтапном лечении и о получении предварительного разрешения. Внеплановым изменением уровня медицинского обслуживания считаются перечисленные ниже ситуации.

- Выписка или поступление в учреждение долгосрочного ухода

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

- Выписка или поступление в больницу
- Смена уровня обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода

Чтобы запросить такой временный запас, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

В период использования временного запаса препарата вам необходимо обсудить со своим лечащим врачом действия, которые вы предпримете, когда запас препарата будет заканчиваться. Вы можете перейти на прием другого препарата, покрываемого планом, или обратиться к работникам плана с запросом об исключении и покрытии вашего текущего препарата. В следующих разделах приведена дополнительная информация об этих вариантах.

Вы можете начать принимать другой препарат

Сначала посоветуйтесь со своим поставщиком услуг. Возможно, имеется другой препарат, покрываемый планом, который будет действовать так же. Вы можете позвонить в службу поддержки участников и попросить предоставить вам Список покрываемых препаратов, которые применяются при лечении вашего заболевания. С помощью этого списка ваш врач сможет найти покрываемый препарат, который вам подойдет (номера телефонов службы поддержки участников указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Вы можете запросить исключение

Вы и ваш поставщик услуг можете обратиться к работникам плана с запросом об исключении и покрытии затрат на ваш препарат, как вам того хотелось бы. Если ваш поставщик услуг утверждает, что запрос об исключении обоснован с медицинской точки зрения, он может помочь вам составить такой запрос. Например, вы можете обратиться к представителям плана с запросом о покрытии препарата, даже если он не входит в Список препаратов плана. Вы также можете подать запрос об исключении и покрытии стоимости препарата без ограничений.

Если вы являетесь участником плана и в следующем году принимаемое вами лекарство не будет включено в формуляр или его страховое покрытие будет ограничено, вы имеете право заранее подать запрос об исключении на следующий год в отношении определенных лекарств. Мы предупредим вас о любых изменениях в условиях покрытия для ваших препаратов на следующий год. В таком случае вы сможете подать запрос об исключении в текущем году. Мы ответим на него в течение 72 часов с момента получения запроса (или обосновывающего заявления специалиста, выписавшего вам рецепт). Если мы утвердим ваш запрос, то предоставим разрешение на страховое покрытие до вступления изменений в силу.

Если вы и ваш поставщик медицинских услуг хотите обратиться к руководству плана с просьбой предоставить вам исключение, предварительно ознакомьтесь с разделом 7.4

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

главы 8. В нем описаны процедуры и сроки, утвержденные в Medicare для обеспечения своевременной и объективной обработки вашего запроса.

РАЗДЕЛ 6 Что делать, если для одного из препаратов изменились условия покрытия**Раздел 6.1 Список препаратов может изменяться в течение года**

Большинство изменений в покрытии препаратов вводится в начале каждого года (1 января). Однако изменения могут вноситься в Список препаратов плана в течение всего года. Примеры таких изменений приведены далее:

- **Добавление лекарств в Список препаратов или удаление из него.** На рынке появляются новые препараты, в том числе дженерики. Правительство может утвердить новое использование уже существующего препарата. Иногда препарат отзывают, и мы решаем не предоставлять его покрытие. Мы можем удалить препарат из списка, если он будет признан неэффективным.
- **Добавление или снятие ограничений на покрытие препарата** (подробные сведения см. в разделе 4 этой главы).
- **Замена фирменного препарата дженериком.**

Перед внесением изменений в Список препаратов мы обязаны выполнить требования Medicare.

Раздел 6.2 Что произойдет, если изменятся условия покрытия препарата, который вы принимаете**Информация об изменениях в страховом покрытии препаратов**

Если мы вносим изменения в Список препаратов в течение года, мы размещаем соответствующую информацию на нашем сайте. Мы регулярно обновляем наш Список препаратов и вносим в него все изменения, имевшие место с момента последнего обновления. Ниже изложена информация о том, в каких случаях вы будете получать от нас напрямую уведомления об изменениях, касающихся применяемых вами препаратов. Подробную информацию вы также можете получить, обратившись в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Когда вы ощутите изменения в покрытии затрат на препарат

Далее приводятся изменения, которые могут коснуться вас в текущем году. В перечисленных ниже случаях изменения в отношении покрытия медицинских препаратов могут коснуться вас уже в текущем году:

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

- **Если патентованный препарат из Списка препаратов будет заменен новым дженериком (либо мы изменим размер доплаты за препарат или введем другие ограничения или и то, и другое вместе).**
 - Мы можем незамедлительно исключить патентованный препарат из Списка препаратов, если заменим его новым непатентованным препаратом, для которого установлен такой же или меньший размер доплаты и в отношении которого действует то же или меньшее число ограничений. Иногда, включая в Список препаратов новый непатентованный препарат, мы можем оставить в Списке патентованный препарат, но при этом переместить его на уровень, для которого установлен другой размер доплаты, либо ввести иные ограничения или и то, и другое вместе.
 - Мы не обязаны заранее сообщать вам о подобных изменениях, даже если в настоящее время вы принимаете фирменный препарат.
 - Вы или лицо, прописавшее вам фирменный препарат, можете обратиться к представителям плана с просьбой об исключении и о дальнейшем покрытии расходов, связанных с приемом этого фирменного препарата. Подробные сведения об этом см. в главе 8 (*«Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)»*).
 - Если на момент внесения изменений в Список препаратов вы будете принимать фирменный препарат, мы сообщим вам о внесенных нами изменениях. Кроме того, мы сообщим вам, какие действия вам следует предпринять, если вы хотите попросить предоставить вам исключение в отношении покрытия фирменного препарата. Возможно, вы получите от нас указанное уведомление только после внесения изменений в Список препаратов.
- **Если препарат будет признан небезопасным для здоровья либо изъят из продажи по иным причинам.**
 - Иногда препарат могут внезапно изъять из продажи в связи с тем, что он был признан небезопасным или по другой причине. В этом случае препарат немедленно исключается из Списка препаратов плана. Если вы принимаете такой препарат, мы незамедлительно сообщим вам об этом.
 - Ваш врач также будет знать об этом изменении и сможет подобрать для вас другой препарат.
- **Если произойдут иные изменения в Списке препаратов**
 - В течение года мы можем вносить и иные изменения, касающиеся принимаемых вами препаратов. Например, мы можем включить в Список препаратов дженерик, который и ранее существовал на рынке. При этом соответствующий фирменный препарат будет исключен из списка, либо перемещен на уровень, для которого установлен другой размер доплаты, либо подвергнут иным ограничениям, либо все вместе. Мы также можем внести изменения на основании особых предупреждений Управления по

Глава 5. Страхование отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA), а также новых рекомендаций, признанных Medicare. В случае внесения изменений мы будем должны предупредить вас о таких изменениях за 30 дней до их вступления в силу, либо через сетевую аптеку снабдить вас 30-дневным запасом необходимого препарата.

- В течение этого 30-дневного периода вы вместе с лицом, назначившим вам лечение, должны будете перейти на другой покрываемый нашим планом препарат.
- Вы или лицо, назначившее вам лечение, можете обратиться к представителям плана с просьбой о предоставлении вам исключения и о дальнейшем покрытии этого препарата. Подробные сведения об этом см. в главе 8 («Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)»).

Изменения в Списке препаратов, которые не коснутся лиц, принимающих на данный момент соответствующие препараты: За исключением описанных выше случаев, если вы принимаете в настоящее время какой-либо медицинский препарат, следующие изменения в списке препаратов не коснутся вас до 1 января следующего года:

- если мы введем новое ограничение на использование препарата;
- если мы исключим ваш препарат из Списка препаратов.

Если по причинам, отличным от перечисленных выше (например, появление на рынке нового дженерика, изъятие препарата из оборота и т.п.), какие-либо изменения коснутся препарата, который вы принимаете, эти изменения до 1 января следующего года не отразятся на вашей возможности получить препарат, а также на размере установленной для вас доплаты. До этой даты, вероятно, размер ваших трат не увеличится, и новые ограничения на использование вами препарата установлены не будут. В этом году вы не получите от нас уведомления об изменениях, которые не касаются вас напрямую. Однако эти изменения затронут вас с 1 января следующего года, поэтому важно свериться с новым Списком препаратов на предмет внесенных в него изменений.

РАЗДЕЛ 7 Типы препаратов, не покрываемые планом

Раздел 7.1 Типы препаратов, для которых мы не предоставляем покрытие
--

В этом разделе рассказывается о препаратах, отпускаемых по рецепту, которые исключены из покрытия. Это означает, что по программам Medicare и MassHealth (Medicaid) затраты на эти препараты не компенсируются

Глава 5. Страхование покрытия отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

Мы не оплачиваем препараты, которые перечислены в этом разделе. Единственное исключение: если запрошенный препарат при подаче апелляции будет определен как не исключенный по части D, и мы должны были оплатить или покрыть его по причине вашей особой ситуации (дополнительную информацию о подаче апелляции по вынесенному решению о непредоставлении покрытия см. в разделе 5 главы 8 данной брошюры). Если препарат, исключенный нашим планом, также исключен программой MassHealth (Medicaid), вам придется оплатить его стоимость самостоятельно.

Далее приведены три общих правила касательно препаратов, которые по планам Medicare не покрываются согласно части D.

- Покрытие затрат на препараты согласно части D плана не может распространяться на препараты, которые покрываются по программе Medicare, части A или B.
- Покрытие согласно условиям предоставления услуг по плану медицинского страхования не может распространяться на препараты, приобретенные за пределами США и их территорий.
- Как правило, наш план не покрывает затраты на препараты, используемые не по прямому назначению. Использование не по прямому назначению — это любое использование препарата с целью, отличающейся от указанной в инструкции к препарату, которая утверждена Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов.
 - Как правило, препараты, используемые не по прямому назначению, покрываются, только если такой тип использования подтверждается в определенных справочниках (это справочник службы больничных фармацевтов American Hospital Formulary Service Drug Information, информационно-справочная система DRUGDEX, а в случае раковых заболеваний — сеть учреждений National Comprehensive Cancer Network и справочник Clinical Pharmacology или под.). Если это использование не подтверждается каким-либо из этих справочников, мы не предоставляем покрытие соответствующих затрат.

Кроме того, в соответствии с действующим законодательством перечисленные далее категории препаратов не покрываются программой Medicare или MassHealth (Medicaid):

- Препараты, отпускаемые без рецепта (также именуемые безрецептурными препаратами)
- Препараты, используемые для поддержания детородной функции
- Препараты, предназначенные для облегчения кашля и иных симптомов простуды
- Препараты, используемые для косметических целей или стимулирования роста волос
- Рецептурные витамины и минеральные добавки, за исключением витаминных препаратов для беременных и фторсодержащих препаратов

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

- Лекарственные препараты, используемые для лечения сексуальных расстройств и эректильной дисфункции
- Препараты, используемые для лечения анорексии, потери или набора веса
- Препараты для амбулаторного лечения, производитель которых выражает требование о приобретении определенных проверок или услуг мониторинга исключительно у производителя как условие продажи

РАЗДЕЛ 8 Предъявляйте свою карту участника, получая препарат по рецепту

Раздел 8.1 Предъявляйте свою карту участника

Чтобы получить препарат по рецепту, предъявите в выбранной сетевой аптеке свою карту участника. После предъявления карты участника плана аптека, входящая в сеть, автоматически выставит счет руководству плана для покрытия стоимости вашего рецептурного препарата.

Раздел 8.2 Что делать, если у вас нет при себе карты участника

Если у вас нет при себе карты участника, когда вы получаете препарат по рецепту, попросите фармацевта обратиться к сотрудникам плана по телефону для получения необходимой информации.

Если получить необходимую информацию не удастся, **возможно, вам придется самостоятельно оплатить стоимость препарата.** (Затем вы можете запросить возмещение расходов. Информацию о направлении запроса представителям плана для получения возмещения см. в разделе 2.1 главы 6.)

РАЗДЕЛ 9 Покрытие препаратов по части D в особых случаях

Раздел 9.1 Если вы пребываете в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода и их услуги покрываются планом

Если вы поступили в больницу или учреждение квалифицированного сестринского ухода и ваше пребывание покрывается нашим планом, мы, как правило, оплачиваем расходы на отпускаемые по рецепту препараты, которые вы принимаете во время этого пребывания. После вашей выписки из больницы или учреждения квалифицированного сестринского ухода план покрывает ваши препараты, если они соответствуют всем нашим правилам

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

страхового покрытия. См. предыдущие части этого раздела, в которых описаны правила компенсации стоимости препаратов.

Раздел 9.2 Если вы пребываете в учреждении долгосрочного ухода

Как правило, учреждение долгосрочного ухода (например, центр сестринского ухода) имеет собственную аптеку или пользуется услугами аптеки, поставляющей препараты для всех пациентов этого учреждения. Если вы проживаете в учреждении долгосрочного ухода, вы можете получить препараты, отпускаемые по рецепту, в аптеке учреждения, если она входит в нашу сеть.

Чтобы узнать, входит ли аптека определенного учреждения в нашу сеть, воспользуйтесь нашим *Справочником аптек*. Если она не входит в сеть или если вам требуется дополнительная информация, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Если вы стали участником плана во время пребывания в учреждении долгосрочного ухода

Если вам требуется лекарство, которое не включено в Список препаратов плана или для которого действуют ограничения, мы покроем стоимость **временного запаса** препарата в течение первых 90 дней вашего участия в плане. Общий запас лекарственного препарата будет рассчитан на 98 дней приема или менее, если рецепт выписан на более короткий срок (учтите, что аптека учреждения долгосрочного ухода может выдавать лекарства в меньших количествах за один раз во избежание нерационального использования). Если вы являетесь участником плана более 90 дней и вам требуется лекарство, не входящее в наш Список препаратов, или же если планом установлены ограничения на покрытие необходимого вам препарата, мы однократно покроем стоимость запаса лекарства, рассчитанного на 31 день приема (или менее, если рецепт выписан на более короткий срок).

В период использования временного запаса препарата вам необходимо обсудить со своим лечащим врачом действия, которые вы предпримете, когда запас препарата будет заканчиваться. Возможно, имеется другой препарат, покрываемый планом, который будет действовать так же. В противном случае вы и ваш врач можете обратиться к представителям плана с запросом об исключении и покрытии затрат на ваш препарат, как вам того хотелось бы. Если вы и ваш поставщик медицинских услуг хотите обратиться к руководству плана с просьбой предоставить вам исключение, предварительно ознакомьтесь с разделом 7.4 главы 8.

Раздел 9.3 Если работодатель или пенсионный фонд также покрывает стоимость ваших препаратов

В настоящее время вы получаете другое покрытие стоимости препаратов, отпускаемых по рецепту, через работодателя (своего или супруга/супруги) или пенсионный фонд? Если это так, обратитесь к **администратору соответствующей программы льгот**. Он поможет

Глава 5. **Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D**

вам выяснить, как ваше текущее страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов согласуется с нашим планом.

Как правило, если в настоящее время вы трудоустроены, то покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, которое предоставляет план, будет *вторичным* по отношению к покрытию, предоставляемому вашим работодателем или пенсионным фондом. Это означает, что сначала вы получите выплату по страховке своего фонда.

Особое примечание относительно «зачитываемого покрытия».

Каждый год ваш работодатель или пенсионный фонд должны направлять вам уведомление, в котором будет указано, является ли ваше покрытие рецептурных препаратов в следующем календарном году «зачитываемым» (creditable) и какие варианты покрытия стоимости препаратов у вас имеются.

Если покрытие группового плана «зачитываемое», это означает, что план предоставляет покрытие лекарственных препаратов в объеме не меньше стандартного покрытия Medicare для отпускаемых по рецепту препаратов.

Сохраните уведомления о зачитываемом покрытии, поскольку они могут вам понадобиться в дальнейшем. Если вы зарегистрированы в плане Medicare, покрывающем препараты, предусмотренные частью D, эти уведомления могут вам понадобиться как доказательство наличия зачитываемого покрытия. Если вы не получили уведомление о зачитываемом покрытии от вашего работодателя или пенсионного фонда, вы можете получить экземпляр у администратора льгот вашего работодателя или из пенсионного фонда, либо у самого работодателя или профсоюза.

Раздел 9.4	Если вы пребываете в хосписе, сертифицированном Medicare
-------------------	---

Лекарства никогда не покрываются хосписом и нашим планом одновременно. Если вы зарегистрированы в хосписе Medicare и вам требуется противорвотное, слабительное, болеутоляющее или успокоительное средство, не покрываемое хосписом в связи с тем, что оно не связано с терминальной стадией заболевания и сопутствующими состояниями, наш план должен получить от хосписа или назначающего лекарство специалиста соответствующее уведомление об этом, прежде чем мы оплатим стоимость препарата. Во избежание задержек в получении не связанных с таким заболеванием лекарств, которые должны покрываться нашим планом, вы можете попросить своего поставщика хосписных услуг или назначающего лекарство специалиста убедиться, что мы уведомлены о том, что лекарство не связано с терминальной стадией заболевания, прежде чем обращаться в аптеку с просьбой о получении препаратов по рецепту.

Если вы выписываетесь из хосписа или отказываетесь от его услуг, наш план покрывает все ваши лекарства. Правила получения покрытия лекарственных препаратов по части D

Глава 5. Страхование покрытия отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

изложены ранее в этом разделе. В этой главе содержится более подробная информация о покрытии препаратов и сумме ваших затрат.

РАЗДЕЛ 10 Программы по обеспечению безопасности лекарственных средств и контролю за приемом лекарств

Раздел 10.1 Программы, помогающие участникам принимать препараты безопасно

Мы проверяем, как наши участники применяют препараты, чтобы убедиться, что они получают безопасный и соответствующий уход. Эти проверки особенно важны для участников, пользующихся услугами нескольких врачей, выписывающих им препараты.

Проверка проводится каждый раз при получении препарата по рецепту. Мы также регулярно проверяем наши записи. В ходе этих проверок мы ищем возможные проблемы, например:

- возможные ошибки в приеме лекарств;
- препараты, в которых может не быть необходимости, так как вы принимаете другой препарат для лечения этого же заболевания;
- препараты, которые могут быть небезопасными или неподходящими в силу вашего возраста или пола;
- определенные сочетания препаратов, которые могут нанести вам вред при одновременном приеме;
- рецепты на препараты, содержащие компоненты, на которые у вас аллергия;
- возможные ошибки в количестве (дозировке) препарата, который вы принимаете.

При обнаружении потенциальных проблем, связанных с приемом прописанных вам лекарств, мы сообщим об этом вашему поставщику для устранения такой проблемы.

Раздел 10.2 Программа контроля за использованием наркотических препаратов (Drug Management Program, DMP), помогающая участникам безопасно применять опиоидные препараты

Мы предлагаем программу, которая помогает участникам безопасно использовать прописанные опиоидные препараты и иные медицинские препараты, которыми часто злоупотребляют. Эта программа называется программой контроля за использованием наркотических препаратов (Drug Management Program, DMP). Если несколько врачей выписывают вам опиоидные препараты, которые вы получаете в разных аптеках, мы

Глава 5. Страхование покрытия отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

можем провести беседу с вашими врачами, чтобы убедиться, что употребление вами опиоидных препаратов безопасно и необходимо по медицинским показаниям. Если мы придем к выводу, что вы неправильно принимаете опиоидные препараты или препараты бензодиазепина, то совместно с вашими врачами мы можем наложить ограничения на то, каким образом вы получаете такие препараты. В частности, мы можем ввести следующие ограничения:

- Потребовать, чтобы вы получали все прописанные вам опиоидные или бензодиазепиновые препараты в определенной аптеке;
- Потребовать, чтобы вы получали все рецепты на опиоидные или бензодиазепиновые препараты у определенного врача;
- Ввести количественные ограничения на покрытие опиоидных или бензодиазепиновых препаратов;
- Обязать вас пользоваться медицинским оборудованием длительного пользования (диспенсером для лекарств).

Если мы сочтем, что в отношении назначаемых вам препаратов необходимо ввести какое-либо ограничение, мы заранее пришлем вам письмо с уведомлением. В этом письме мы разъясним суть распространяющихся на вас ограничений. У вас также будет возможность сообщить нам, услугами какого врача и какой аптеки вы предпочитаете пользоваться, а также передать любую информацию, которую, как вы считаете, нам необходимо знать. Если мы решим ограничить покрытие данных препаратов после того, как у вас появится возможность ответить, мы отправим вам еще одно письмо с подтверждением ограничений. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, или если вы не согласны с нашим заключением о риске неправильного употребления вами лекарственных препаратов или с ограничением, вы или лицо, выписывающее вам препараты, имеете право подать апелляцию. Если вы подадите апелляцию, мы рассмотрим ваше дело и сообщим о своем решении. Если мы по-прежнему будем оспаривать какую-либо часть вашей апелляции в связи с ограничениями вашего доступа к таким медикаментам, мы автоматически передадим ваше дело на рассмотрение независимому эксперту вне нашего плана. Информация о процедуре подачи апелляции приведена в главе 8.

Программа DMP не применяется к лицам, страдающим определенными заболеваниями (например, раком), а также к лицам, получающим хосписный уход или проживающим в учреждении долгосрочного ухода.

Раздел 10.3	Программа управления медикаментозной терапией (Medication Therapy Management, MTM), помогающая участникам контролировать прием лекарств
--------------------	--

У нас есть специальная программа для людей с комплексными потребностями в медицинской помощи.

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

Участие в нашей программе добровольное и бесплатное для всех, кто зарегистрировался в нашем плане. Она разработана специально для нас высококвалифицированной командой врачей и фармацевтов. Цель этой программы — убедиться, что принимаемые лекарства приносят нашим участникам наибольшую пользу. Поэтому она называется программой управления медикаментозной терапией. С ее помощью некоторые участники плана, принимающие несколько препаратов, а также имеющие особые заболевания и вынужденные оплачивать дорогостоящие препараты, смогут воспользоваться необходимыми услугами по программе МТМ. Фармацевт или другой специалист в области здравоохранения предоставит комплексный обзор всех ваших препаратов. Вы сможете обсудить оптимальный способ приема лекарств, расходы и любые другие проблемы или вопросы, касающиеся препаратов, отпускаемых по рецепту и без него. Вы получите краткий письменный отчет по этой беседе. В отчете будет содержаться план действий по приему лекарств с рекомендациями о том, как их лучше всего принимать, и предусмотрена возможность для вас оставить заметки и вопросы. Вы также получите список ваших лекарств, в котором будут перечислены все лекарства, которые вы принимаете, и причины приема.

Обзор лекарств желательно проводить до ежегодного профилактического осмотра для проверки состояния здоровья, чтобы вы могли обсудить со своим врачом план действий и список принимаемых лекарств. Приносите план действий и список лекарств на ежегодные профилактические осмотры, а также на все приемы у врачей, посещения аптек и других поставщиков услуг. Старайтесь всегда иметь при себе список принимаемых лекарств (например, вы можете хранить его вместе с вашей картой участника) на случай, если вы поступите в больницу или отделение неотложной помощи.

Если у нас есть программа, которая вам подходит, мы автоматически регистрируем вас в ней и отправим вам информацию. Если вы решите отказаться от участия, уведомите нас об этом, и мы исключим вас из программы. С вопросами касательно этих программ обращайтесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Раздел 11 Мы отправляем вам отчеты с разъяснением платежей за лекарства и этапов оплаты, на которых вы находитесь

Раздел 11.1 Мы отправляем вам ежемесячный отчет «Обоснование страховых выплат по части D»
--

Мы ведем учет расходов на ваши препараты, отпускаемые по рецепту, и платежей, осуществляемых вами при каждом получении препаратов по рецепту в аптеке. Таким образом, мы можем сказать, когда вы переходите от одного этапа оплаты препаратов к следующему. В частности, существует два типа расходов, учет которых мы ведем.

Глава 5. **Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D**

- Мы ведем учет сумм, уплаченных вами или вашими доверенными лицами. Это ваши **собственные** затраты. В рамках плана Senior Care Options Program вы не оплачиваете отпускаемые по рецепту препараты, если придерживаетесь правил, описанных в этой главе.
- Мы также ведем учет ваших **совокупных затрат на лекарства**. Это сумма ваших собственных затрат и прочих выплат, осуществляемых другими от вашего лица, а также суммы, выплаченные планом. Участники плана Senior Care Options Program несут ответственность за оплату \$0 за покрываемые препараты.

Мы подготавливаем письменный отчет «*Обоснование страховых выплат по части D*» (иногда он называется Part D EOB), если в предыдущем месяце вы получили препараты по одному или нескольким рецептам в рамках плана. Содержание отчета:

- **Важная информация за месяц.** В этом отчете подробно описаны выплаты по рецептурным препаратам, полученным за предыдущий месяц. В нем отражены совокупные затраты на лекарства, сумма, уплаченная нами, а также сумма, уплаченная вами и прочими лицами.
- **Совокупные суммы за год (начиная с 1 января).** Эти данные называются нарастающим итогом с начала года. В нем отражены совокупные затраты на лекарства и общие расходы на ваши препараты с начала года.

Раздел 11.2	Помогите нам обеспечить актуальность информации о ваших выплатах за препараты
--------------------	--

Чтобы вести учет расходов на ваши препараты и ваших собственных затрат на препараты, мы используем записи, предоставляемые нам аптеками. Вот как вы можете нам помочь обеспечить правильность и актуальность информации:

- **Предъявляйте свою карту участника, получая препарат по рецепту.** Чтобы мы знали, по каким рецептам вы получаете препараты и сколько за это платите, предъявляйте свою карту участника каждый раз, когда получаете препарат по рецепту. Участники плана Senior Care Options Program несут ответственность за оплату \$0 за покрываемые препараты.
- **Следите за тем, чтобы мы получали всю необходимую информацию.** Возможны случаи, когда вы расплатитесь за отпускаемые по рецепту препараты, а мы не получим информацию, необходимую для учета ваших собственных затрат, автоматически. Чтобы мы вели полный и точный учет ваших собственных затрат, вы можете предоставлять нам копии чеков на препараты, которые вы приобрели. (Если вы оплатили покрываемый препарат, подайте запрос на возмещение затрат представителям плана. Соответствующие инструкции содержатся в разделе 2 главы 6 данной брошюры.) Приведем примеры ситуаций, в которых нам могут потребоваться копии чеков на лекарства, чтобы мы могли убедиться в том, что учли все ваши затраты на препараты.

Глава 5. Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D

- Покупка покрываемого препарата в сетевой аптеке по специальной цене или использование карточки на скидку, которая не имеет отношения к программе льгот плана.
 - Вы произвели доплату за препарат, предоставленный в рамках программы поддержки пациентов производителем препарата.
 - Каждая покупка покрываемого препарата в аптеке, не входящей в сеть, и оплата полной стоимости покрываемого препарата при других особых обстоятельствах.
- **Сообщайте нам о платежах, совершенных за вас другими лицами.** Платежи, совершенные определенными физическими лицами и организациями, также включаются в ваши собственные затраты и учитываются в расчетах при определении критической стадии покрытия. Например, в счет ваших собственных затрат засчитываются платежи, совершенные по программе фармацевтической помощи State Pharmaceutical Assistance Program, программе помощи больным СПИДом (ADAP), службой Indian Health Service и большинством благотворительных организаций. Вам необходимо вести учет этих платежей и отправлять их нам, чтобы мы также могли вести учет ваших затрат.
 - **Проверяйте письменные отчеты, которые мы вам отправляем.** Получив отчет «Обоснование страховых выплат по части D» почтой, обязательно просмотрите его и убедитесь, что в нем содержится полная и правильная информация. Если вы считаете, что в нем отсутствует какая-либо информация, или если у вас возникают вопросы, обращайтесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Храните эти отчеты. Это важные документы о ваших расходах на препараты.

ГЛАВА 6

*Подача запроса об оплате счета
за покрываемые медицинские
услуги или препараты*

Глава 6. Подача запроса об оплате счета за покрываемые медицинские услуги или препараты

Глава 6. Подача запроса об оплате счета за покрываемые медицинские услуги или препараты

РАЗДЕЛ 1	Случаи, в которых можно запрашивать оплату покрываемых медицинских услуг и препаратов.....	174
Раздел 1.1	Если вы оплачиваете или получаете счет за покрываемые медицинские услуги или препараты.....	174
РАЗДЕЛ 2	Оформление запроса на возмещение затрат или оплату полученного вами счета.....	176
Раздел 2.1	Как и куда отправлять запрос на оплату.....	176
РАЗДЕЛ 3	Рассмотрение вашего запроса и принятие решения	178
Раздел 3.1	Рассмотрение возможности покрытия стоимости услуг или препаратов.....	178
Раздел 3.2	Апелляция в случае отрицательного решения	178
РАЗДЕЛ 4	Другие случаи, в которых рекомендуется сохранять чеки и отправлять нам копии	179
Раздел 4.1	Предоставление нам копий чеков для подсчета ваших собственных затрат на препараты	179

Глава 6. Подача запроса об оплате счета за покрываемые медицинские услуги или препараты**РАЗДЕЛ 1 Случаи, в которых можно запрашивать оплату покрываемых медицинских услуг и препаратов****Раздел 1.1 Если вы оплачиваете или получаете счет за покрываемые медицинские услуги или препараты**

Наши сетевые поставщики выставляют счета за покрываемые услуги и препараты непосредственно представителям плана — вы не должны получать их. Полученные счета на оплату медицинского ухода или препаратов следует отправлять нам. Если вы отправляете нам счет, мы рассматриваем его и решаем, покрываются ли предоставленные услуги. При положительном решении мы расплачиваемся непосредственно с поставщиком.

Если вы уже оплатили услуги или препараты Medicaid, покрываемые планом, то можете обратиться к нам за компенсацией (часто мы называем это возмещением средств). У вас есть на это полное право согласно условиям плана. Если вы отправляете нам оплаченный счет, мы рассматриваем его и решаем, покрываются ли предоставленные вам услуги или препараты. При положительном решении мы возместим вам их стоимость.

Если вы уже оплатили услуги или препараты Medicare, покрываемые планом, то можете обратиться к нам за компенсацией (часто мы называем это возмещением средств). У вас есть на это полное право согласно условиям плана. Если вы отправляете нам оплаченный счет, мы рассматриваем его и решаем, покрываются ли предоставленные вам услуги или препараты. При положительном решении мы возместим вам их стоимость.

Приведем примеры случаев, когда у вас может возникнуть необходимость требовать у плана оплаты выставленного счета или возмещения за него.

1. Оказание вам неотложной или срочной медицинской помощи внесетевым поставщиком

Вы можете получать услуги неотложной помощи у любых сетевых и внесетевых поставщиков. Если неотложную или срочную помощь вам оказал внесетевой поставщик, попросите его выставить счет плану.

- Если вы оплачиваете полную стоимость услуг при их получении, обратитесь к нам для получения возмещения. Отправьте нам счет вместе с документацией, подтверждающей любые осуществленные вами платежи.
- Вы можете получить от поставщика счет, который, по вашему мнению, вы не должны оплачивать. Отправьте нам этот счет вместе с документацией, подтверждающей любые выполненные вами платежи.
 - Если перед поставщиком имеется задолженность, мы расплатимся непосредственно с поставщиком.
 - Если вы уже оплатили услуги, мы возместим вам затраты.

Глава 6. Подача запроса об оплате счета за покрываемые медицинские услуги или препараты

2. Получение счета, который, по вашему мнению, вы не должны оплачивать

Сетевые поставщики всегда должны выставлять счета непосредственно представителям плана. Однако иногда они допускают ошибки и могут попросить вас оплатить их услуги.

- Получив счет от сетевого поставщика, отправьте его нам. Мы свяжемся с поставщиком напрямую и решим этот вопрос.
- Если вы уже оплатили услуги сетевого поставщика, пришлите нам счет и документацию, подтверждающую любые выполненные вами платежи. Вы можете потребовать у нас компенсации за покрываемые услуги.

3. Регистрация в плане задним числом

Иногда участник регистрируется в плане задним числом. (Это значит, что первый день его регистрации уже прошел. Дата регистрации может быть даже в прошлом году).

Если вы зарегистрировались в нашем плане задним числом и самостоятельно оплатили покрываемые медицинские услуги или препараты после даты регистрации, то можете обратиться к нам за возмещением затрат. Для этого необходимо будет подать документы на рассмотрение. Чтобы получить дополнительную информацию о том, как потребовать возмещения, и о сроках отправки запроса, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов службы поддержки участников указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

4. Случаи, когда вы пользуетесь услугами аптеки, не входящей в сеть, для получения препарата по рецепту

Если вы воспользуетесь услугами аптеки, не входящей в сеть, и предъявите в ней свою карту участника для получения отпускаемого по рецепту препарата, возможно, аптека не сможет подать требование о возмещении стоимости препарата непосредственно нам. В таком случае вам, возможно, придется самостоятельно оплатить полную стоимость препарата. (Мы покрываем стоимость препаратов, которые отпускаются по рецепту и были получены в аптеках, не входящих в сеть, только в некоторых отдельных ситуациях. Подробную информацию об этом можно найти в разделе 2.5 главы 5.) Сохраните чек и отправьте нам копию с запросом на возмещение.

5. Оплата вами полной стоимости отпускаемого по рецепту препарата из-за отсутствия карты участника

Если у вас нет при себе карты участника, попросите фармацевта связаться с представителями плана по телефону, чтобы они предоставили информацию о вашем участии в плане. Если аптеке не удастся сразу получить информацию о вашей регистрации в плане, то вам, возможно, придется самостоятельно оплатить полную стоимость препарата. Сохраните чек и отправьте нам копию с запросом на возмещение.

Глава 6. Подача запроса об оплате счета за покрываемые медицинские услуги или препараты

6. Оплата вами полной стоимости отпускаемого по рецепту препарата в других случаях

Иногда вы можете оплачивать полную стоимость препарата, отпускаемого по рецепту, потому что по какой-то причине этот препарат не покрывается.

- Это применимо, например, если лекарство не входит в *Список покрываемых препаратов (Формуляр)* плана или в отношении препарата действует требование или ограничение, о котором вам не было известно или которое, по вашему мнению, не должно касаться вас. Если препарат вам нужен немедленно, то вам, возможно, придется самостоятельно оплатить его полную стоимость.
- Сохраните чек и отправьте нам копию с запросом на возмещение. В некоторых случаях для возмещения затрат нам может потребоваться дополнительная информация от вашего лечащего врача.

Если вы отправляете нам запрос об оплате, мы рассматриваем его и решаем, покрываются ли предоставленные вам услуги или препараты. Это называется вынесением «решения о страховом покрытии». Если решение положительное, мы возместим вам стоимость услуги или препарата. Если мы отклоним ваш запрос об оплате, вы можете подать апелляцию на наше решение. В главе 8 этой брошюры («*Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)*») указана информация о том, как подавать апелляции.

РАЗДЕЛ 2 Оформление запроса на возмещение затрат или оплату полученного вами счета

Раздел 2.1 Как и куда отправлять запрос на оплату

Отправьте письменный запрос на оплату в службу поддержки участников, приложив к нему счета или квитанции, относящиеся к услугам, товарам и лекарственным препаратам, полученным в последние 12 месяцев. Рекомендуем вам сделать копии счета и чеков для себя.

Чтобы убедиться, что вы предоставляете нам всю информацию, необходимую для принятия решения, вы можете подать запрос на оплату, заполнив бланк страхового требования.

- Заполнение этого бланка не является обязательным, однако поможет нам быстрее обработать информацию. Запрос должен быть оформлен письменно и подписан вами, уполномоченным представителем или лицом, имеющим право выписывать лекарственные препараты.
- Вы можете загрузить бланк, посетив наш сайт www.CommonwealthCareSCO.org, или позвонить в службу поддержки участников и попросить выслать вам бланк

Глава 6. Подача запроса об оплате счета за покрываемые медицинские услуги или препараты

(номера телефонов службы поддержки участников указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Если вы обращаетесь с просьбой о возмещении стоимости безрецептурных препаратов и товаров, используйте соответствующий бланк.

Отправьте свой запрос на оплату, приложив к нему счета или квитанции, по почте на следующий адрес:

Commonwealth Care Alliance
Attention: Member Services Department
30 Winter Street
Boston, MA 02108

Либо направьте запрос по факсу в службу поддержки участников: (617) 426-1311

Счет или квитанцию необходимо предоставить в службу поддержки участников в течение 12 месяцев с момента получения услуги или товара.

Возмещение затрат на рецептурные препараты (часть D)

Порядок возмещения затрат на рецептурные препараты отличается от порядка возмещения затрат на медицинские услуги. Чтобы обеспечить возмещение расходов на рецептурные препараты по части D, ССА работает в сотрудничестве с Navitus Health Solutions — поставщиком лекарств, предусмотренных планом медицинского страхования (Pharmacy Benefit Manager, PBM).

Чтобы подать запрос на возмещение затрат на лекарственные препараты, заполните бланк, утвержденный компанией Navitus. Его вы найдете на сайте программы ССА Pharmacy в разделе Reimbursement («Возмещение затрат»). В бланке содержатся указания по его заполнению.

Заполненный бланк можно отправить по почте ИЛИ по факсу на адрес компании Navitus Health Solutions:

Navitus Health Solutions, LLC
P.O. Box 999
Appleton, WI 54912-0999
Факс: 920-735-5315
Бесплатная телефонная линия: 855-668-8550

Запрос необходимо подать в течение (12) месяцев с момента получения услуг, товара или препарата.

Если у вас есть вопросы, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Если вы получили счет и не знаете,

Глава 6. Подача запроса об оплате счета за покрываемые медицинские услуги или препараты

как поступить с ним, мы поможем вам. Вы также можете позвонить, чтобы предоставить дополнительную информацию по запросу относительно платежа, который уже отправили.

РАЗДЕЛ 3 Рассмотрение вашего запроса и принятие решения**Раздел 3.1 Рассмотрение возможности покрытия стоимости услуг или препаратов**

Получив от вас запрос на платеж, мы свяжемся с вами, если нам потребуется дополнительная информация. В ином случае мы рассмотрим ваш запрос и вынесем решение о страховом покрытии.

- Если мы решим, что медицинские услуги или препарат покрываются, а все требования для их получения были вами соблюдены, мы оплатим эти услуги. Если вы уже оплатили услугу или препарат, мы отправим вам возмещение. Если вы этого еще не сделали, мы отправим платеж напрямую поставщику. (В главе 3 описаны правила, которым вам необходимо следовать, чтобы получить покрываемые медицинские услуги. Правила, которым вам необходимо следовать, чтобы получить покрытие рецептурных препаратов по части D, описаны в главе 5.)
- Если мы решим, что медицинские услуги либо препарат *не* покрываются или требования не были соблюдены, мы не будем их оплачивать. Мы отправим вам письмо с объяснением причин, по которым мы не отправили запрошенный вами платеж, и ваши права для подачи апелляции по этому решению.

Раздел 3.2 Апелляция в случае отрицательного решения

Если вы считаете, что мы неправы в том, что отказали в удовлетворении вашего запроса о платеже, или вы не согласны с суммой, которую мы выплатили, вы можете подать апелляцию. Подавая апелляцию, вы просите нас изменить вынесенное решение об отказе.

Дополнительные сведения о подаче апелляции указаны в главе 8 данной брошюры («*Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)*»). Подача апелляции является официальным процессом, в нем предусмотрены подробные процедуры и установлены сроки. Если вы подаете апелляцию впервые, ознакомьтесь с разделом 5 главы 8. Раздел 5 — это вводный раздел, в котором объясняется процедура принятия решений о покрытии и указаны правила подачи апелляций. Кроме того, в нем приводятся определения терминов (например, «апелляция»). Ознакомившись с разделом 5, вы можете перейти к разделу в главе 8, в котором описаны действия для вашей ситуации.

Глава 6. Подача запроса об оплате счета за покрываемые медицинские услуги или препараты

- Сведения о подаче апелляций касательно возмещения затрат на медицинские услуги можно найти в разделе 6.3 главы 8.
- Информация о подаче апелляций касательно возмещения затрат на медицинские препараты указана в разделе 7.5 главы 8.

РАЗДЕЛ 4 Другие случаи, в которых рекомендуется сохранять чеки и отправлять нам копии

Раздел 4.1 Предоставление нам копий чеков для подсчета ваших собственных затрат на препараты

Есть ситуации, когда вам необходимо сообщить нам о ваших платежах за препараты. В этих случаях это не считается запросом о платеже. Вы сообщаете нам о своих платежах, чтобы мы смогли правильно рассчитать ваши собственные затраты. Это может помочь вам перейти на стадию критического покрытия в более короткий срок.

Далее приведен пример ситуации, когда вам необходимо отправить нам копии чеков, чтобы сообщить о произведенных платежах за препараты.

Когда вы получаете препарат по программе поддержки пациентов, осуществляемой производителем препарата

Некоторые участники зарегистрированы в программе поддержки пациентов, осуществляемой производителем препарата, которая не входит в список льгот плана. Если вы получаете препарат по такой программе, возможно, вам придется вносить доплаты за участие в программе поддержки пациентов.

- Сохраните чек и отправьте нам его копию, чтобы мы могли регистрировать ваши собственные затраты, которые будут учтены для перехода на условия компенсации по достижению критичной суммы ваших затрат.
- **Обратите внимание:** Эти препараты не покрываются, поскольку вы получаете их по программе поддержки пациентов, а не в рамках льгот плана. Однако рекомендуется отправить копию чека, чтобы мы правильно регистрировали ваши собственные затраты, что может помочь вам перейти на стадию критического покрытия в более короткий срок.

Поскольку вы не отправляете запрос о платеже, эта ситуация не является вынесением решения о страховом покрытии. По этой причине вы не можете подать апелляцию, если не согласны с нашим решением.

ГЛАВА 7

Ваши права и обязанности

Глава 7. Ваши права и обязанности

РАЗДЕЛ 1	Уважительное отношение к правам участников плана	182
Раздел 1.1	Предоставление информации удобным для вас способом: на других языках, кроме английского, напечатанную шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в другом формате и т. д.	182
Раздел 1.2	Объективность и уважение в отношении к вам	182
Раздел 1.3	Своевременное получение покрываемых услуг и препаратов	183
Раздел 1.4	Защита конфиденциальности личной информации о состоянии здоровья	183
Раздел 1.5	Предоставление информации о плане, сети поставщиков и покрываемых услугах	194
Раздел 1.6	Поддержка права участника принимать решения касательно обслуживания	196
Раздел 1.7	Право подавать жалобы и запрашивать пересмотр принятых решений	198
Раздел 1.8	Право вносить рекомендации касательно прав и обязанностей участников плана	199
Раздел 1.9	Действия в случае несправедливого отношения и нарушения прав	199
Раздел 1.10	Получение дополнительной информации о правах	199
РАЗДЕЛ 2	Обязанности участников плана	200
Раздел 2.1	Обязанности	200

РАЗДЕЛ 1 Уважительное отношение к правам участников плана

Раздел 1.1	Предоставление информации удобным для вас способом: на других языках, кроме английского, напечатанную шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в другом формате и т. д.
-------------------	--

Чтобы получить информацию удобным для вас способом, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Мы предлагаем бесплатные услуги наших сотрудников и переводчиков, чтобы люди с ограниченными возможностями, а также участники, не говорящие по-английски, могли получить ответы на свои вопросы. Вы можете бесплатно получить этот документ и прочие печатные материалы на русском или других языках (для этого обратитесь в службу поддержки). Мы также можем бесплатно предоставить вам документы, напечатанные шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в альтернативном формате, если в этом есть необходимость. Мы обязаны предоставить вам информацию о льготах, предусмотренных планом страхования в удобной и доступной для вас форме. Чтобы получить информацию удобным для вас способом, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Если при получении информации в рамках нашего плана вы испытываете трудности, связанные с удобной и доступной для вас формой, позвоните, чтобы подать жалобу в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на последней странице обложки данной брошюры). Кроме того, вы можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (пользователямTTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048), либо непосредственно в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights). Контактная информация содержится в брошюре «Подтверждение страхового покрытия» и в приложении к письму. Кроме того, дополнительную информацию можно получить в службе поддержки участников.

Раздел 1.2	Объективность и уважение в отношении к вам
-------------------	---

Условия нашего плана должны отвечать нормам законов, согласно которым вам гарантируется защита от дискриминации или несправедливого отношения. **Мы не допускаем дискриминации** участников по заболеваниям, состоянию здоровья, получению услуг в сфере здравоохранения, практике выплаты страховых возмещений, истории болезни, нетрудоспособности (включая психические расстройства), семейному положению, возрасту, полу (включая стереотипы, связанные с полом, и гендерную идентичность), по расовому, этническому, национальному или религиозному признакам или по факту получения социальных пособий.

Глава 7. Ваши права и обязанности

Для получения дополнительной информации, а также в случаях дискриминации или несправедливого отношения, обращайтесь в **Управление по гражданским правам** Министерства здравоохранения и социальных служб США по телефону 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), либо в местное отделение данного управления.

Если у вас имеются ограниченные физические возможности и вам необходима помощь в получении доступа к медицинскому обслуживанию, обращайтесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Если у вас есть жалоба, например на недоступность кресел-каталок, сотрудники службы поддержки участников могут вам помочь.

Раздел 1.3	Своевременное получение покрываемых услуг и препаратов
-------------------	---

Являясь участником плана, вы имеете право выбрать поставщика первичных медицинских услуг в сети плана, который будет предоставлять покрываемые услуги и организовывать для вас их получение (более подробно это описано в главе 3). Чтобы узнать, какие врачи принимают новых пациентов, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Чтобы обратиться к сетевому поставщику, направление не обязательно.

Участники плана имеют право посещать врачей и получать покрываемые услуги сетевых поставщиков плана *в течение разумно обоснованного периода времени*. Сюда входит право на своевременное получение услуг специалиста в случае, когда вам это потребуется. У вас также есть право получать препараты, отпускаемые по рецепту, в том числе повторно, в любой сетевой аптеке без существенных задержек.

Вам должны оказать срочную медицинскую помощь и симптоматическое лечение в медицинском учреждении или на дому не позднее 48 часов после обращения. В остальных случаях посещать врача можно в течение 30 календарных дней.

Если вы полагаете, что не получаете медицинский уход или препараты, покрываемые по части D, в разумно обоснованный срок, в разделе 11 главы 8 данной брошюры описаны действия, которые вы можете предпринять (если вы получили отказ в покрытии медицинских услуг или препаратов и не согласны с таким решением, то в разделе 5 главы 8 описано, что вы можете сделать).

Раздел 1.4	Защита конфиденциальности личной информации о состоянии здоровья
-------------------	---

Конфиденциальность медицинской документации и информации о здоровье участников плана охраняется федеральными законами и законами штата. Мы защищаем информацию о здоровье участников плана, как того требуют законы.

Глава 7. Ваши права и обязанности

- Под информацией о здоровье участника программы подразумеваются личные данные, которые были предоставлены им во время регистрации, медицинская документация, а также прочая медицинская информация и сведения о состоянии здоровья.
- Согласно закону о защите персональных данных, участник программы имеет право получать свою медицинскую информацию и контролировать использование данных о состоянии здоровья. Вы получите письменное уведомление о порядке использования конфиденциальной информации, где будут описаны ваши права и меры, которые мы принимаем для защиты личной информации о состоянии здоровья.

Как мы обеспечиваем конфиденциальность информации о состоянии здоровья?

- Мы принимаем меры по защите вашей информации от несанкционированного доступа или внесения изменений.
- В большинстве случаев, прежде чем раскрывать информацию о вашем здоровье лицам, которые не предоставляют услуги по вашему уходу или не оплачивают их, *нам необходимо получить на это ваше письменное разрешение*. Письменное разрешение может быть дано как вами лично, так и другим лицом, которому вы предоставили право принимать решения за вас.
- В некоторых случаях получать предварительное письменное разрешение не требуется. Эти случаи определены законом.
 - Например, мы обязаны предоставлять информацию о состоянии здоровья участников плана государственным учреждениям, проверяющим качество медицинского обслуживания.
 - Поскольку вы являетесь участником плана по программе Medicare, мы обязаны предоставить в Medicare информацию о состоянии вашего здоровья, в том числе информацию о ваших рецептурных препаратах, предусмотренных частью D. Если Medicare решит предоставить эту информацию для исследования или других целей, это будет сделано в соответствии с федеральными законами и нормами.

Вы можете просмотреть информацию, содержащуюся в вашей медицинской документации, и узнать, как она раскрывалась третьим лицам

Вы имеете право просматривать свою медицинскую документацию и получать ее копии. За предоставление копий может взиматься плата. Вы также можете попросить внести изменения или дополнения в свою медицинскую документацию. В этом случае решение о внесении изменений будет принято совместно с вашим поставщиком медицинских услуг.

Вы имеете право знать, как информация о вашем здоровье была передана третьим сторонам в каких-либо целях (отличных от обычных).

Глава 7. Ваши права и обязанности

Если у вас есть вопросы или сомнения касательно обеспечения конфиденциальности личной информации о вашем здоровье, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Дата вступления в силу: 14 августа 2020 г.

**В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ ПОРЯДОК
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ,
А ТАКЖЕ ПРАВИЛА ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ ДОСТУПА К НЕЙ.**

ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧТИТЕ ЭТОТ ДОКУМЕНТ

**ОРГАНИЗАЦИЯ COMMONWEALTH CARE ALLIANCE ОБЯЗАНА В СООТВЕТСТВИИ
С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ ЗАЩИЩАТЬ ВАШУ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ**

Мы обязуемся защищать вашу медицинскую информацию. Это может быть информация о предоставлении вам медицинских услуг или об их оплате.

В соответствии с законодательством мы обязаны предоставить вам это «Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации», а также объяснить наши правовые обязанности и порядок использования персональных данных применительно к медицинской информации. Нам разрешено использовать и раскрывать медицинскую информацию только так, как это описано в настоящем уведомлении.

Мы оставляем за собой право вносить изменения в уведомления и делать новую версию действительной в отношении всей хранящейся у нас медицинской информации. В случае внесения существенных изменений в Уведомление, копии нового уведомления предоставляются по запросу на нашем сайте и будут разосланы всем членам при следующей ежегодной рассылке.

В остальной части данного уведомления

- описывается, как мы можем использовать и раскрывать медицинскую информацию (в том числе о состоянии вашего психического здоровья);
- разъясняются ваши права касательно медицинской информации (в частности состояния психического здоровья);
- рассказывается, как и куда вы можете направить жалобу относительно использования конфиденциальной информации.

Глава 7. Ваши права и обязанности

Если у вас есть вопросы относительно представленной в данном уведомлении информации, обращайтесь по следующему адресу:

Commonwealth Care Alliance

Attention: Privacy and Security Officer

30 Winter Street

Boston, MA 02108

Бесплатная телефонная линия: 1-866-610-2273

TTY: 711

РАЗДЕЛ 1**Использование и раскрытие медицинской информации без предварительного разрешения участника**

В этом разделе описано, как мы можем использовать и раскрывать медицинскую информацию (в том числе сведения о состоянии психического здоровья) без вашего предварительного разрешения для того, чтобы оказывать медицинскую помощь, получать оплату за эти услуги и эффективно управлять нашей организацией. В этом разделе также упоминаются несколько других обстоятельств, при которых мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию. Чтобы получить дополнительную информацию об использовании и раскрытии информации или о наших правилах, процедурах или практических методах защиты персональных данных, позвоните нашему сотруднику по вопросам конфиденциальности и безопасности на номер 1-866-610-2273.

Модель предоставления медицинской помощи организацией Commonwealth Care Alliance своим членам подразумевает совместную работу с врачами и другими поставщиками медицинских услуг (в том числе со специалистами в области психиатрии). Специалисты, врачи и другие поставщики услуг по уходу организации Commonwealth Care Alliance (входящие в команду медицинского обслуживания) имеют доступ к вашей единой карте участника (где хранится и ведется ваша медицинская история) и обмениваются закрытой медицинской информацией о состоянии здоровья (в том числе психического), необходимой для лечения, оплаты услуг и оказания медицинской помощи, в соответствии с требованиями законодательства.

Для лечения. Мы можем использовать и раскрывать медицинскую информацию (в том числе сведения о состоянии психического здоровья) для оказания и координирования медицинской помощи, а также управления ею и связанными с ней услугами. Эти условия могут предусматривать обсуждение вашего лечения с другими поставщиками медицинских услуг, а также координирование оказания медицинской помощи с другими специалистами и управление такими услугами.

Глава 7. Ваши права и обязанности

Пример: Вы выписываетесь из больницы. Наша медсестра может предоставить вашу медицинскую информацию (в том числе о состоянии психического здоровья) агентству по медицинскому обслуживанию на дому, чтобы вы гарантированно получали необходимые услуги после выписки из больницы.

Для оплаты. Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию (в том числе о состоянии психического здоровья) для получения оплаты за предоставленные вам медицинские услуги.

Пример: Заявка на оказание медицинских услуг может быть направлена нам вашим врачом. В ней может быть указана информация, которая идентифицирует вас, ваш диагноз, оказанное лечение или принимаемые медикаменты. Мы можем использовать медицинскую информацию (в том числе о состоянии психического здоровья) при рассмотрении запроса об оплате, а также раскрывать ее планам Medicare или Medicaid, запрашивая возмещение оказанных вам услуг.

Исключение: Вы можете ограничить раскрытие медицинской информации о лечении, которое вы оплатили самостоятельно и без участия организации Commonwealth Care Alliance.

Для осуществления медицинского обслуживания. Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию (в том числе о состоянии психического здоровья) для выполнения различных задач организации, позволяющих нам управлять вашими льготами согласно условиям предоставления услуг по плану медицинского страхования. См. примеры ниже.

- Анализ и оценка навыков, квалификации и результативности работы поставщиков оказываемых вам медицинских услуг.
- Оценка и повышение качества и эффективности, а также снижение стоимости услуг, которые предлагает организация Commonwealth Care Alliance.
- Сотрудничество с другими организациями, которые оценивают качество медицинского обслуживания в других учреждениях, включая государственные и частные организации.
- Информация в почтовой корреспонденции, содержащая вашу медицинскую информацию и отправляемая по указанному вами адресу.

Пример: Информация о вашем здоровье может быть использована нами для разработки более эффективного обслуживания для вас или контроля качества получаемого ухода и внесения улучшений по необходимости.

По требованию закона.

- Мы будем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию (в том числе о состоянии психического здоровья) и сведения о лечении расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ, во всех предусмотренных законом

Глава 7. Ваши права и обязанности

случаях. Например, законодательство штата Массачусетс требует, чтобы мы сообщали о предполагаемых случаях жестокого обращения с людьми пожилого возраста. Мы будем подчиняться требованиям любого штата и выполнять все действующие законы, касающиеся раскрытия такой информации.

- По закону мы обязаны уведомить вас, если ваша закрытая медицинская информация может быть разглашена или могут быть нарушены требования безопасности ее хранения.
- Запрещено по закону. Организация Commonwealth Care Alliance не занимается андеррайтингом, но если бы и занималась, закон запретил бы нам использовать вашу генетическую информацию для целей андеррайтинга.

Использование и раскрытие информации федеральным правительством. Если это не запрещено законом, мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию (в том числе о состоянии психического здоровья) и сведения о лечении расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ, без вашего разрешения, если это требуется федеральному правительству для какой бы то ни было цели.

- **Угроза здоровью или безопасности.** Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию, если посчитаем, что это необходимо для предотвращения либо снижения серьезной угрозы здоровью или безопасности, например чтобы оказать помощь в изъятии продукции из продажи или сообщить о побочных реакциях на лекарственные препараты.
- **Мероприятия в области общественного здравоохранения.** Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию, включая сведения о лечении расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ (без указания персональных данных) для проведения мероприятий в области общественного здравоохранения. Это может потребоваться по различным причинам, включая, помимо прочего, расследование случаев заболеваний, сообщение о жестоком или небрежном обращении с детьми, контроль над использованием лекарственных препаратов или приборов, регулируемых Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов, а также учет заболеваний или травм, полученных на рабочем месте. Например, если вы подверглись возможности заражения инфекционной болезнью, мы можем сообщить об этом в соответствующие органы штата и принять другие меры по предупреждению распространения данного заболевания.
- **Жестокое либо небрежное отношение или насилие в семье.** Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию представителям государственной власти, если вы взрослый человек и мы считаем, что вы можете оказаться жертвой злоупотреблений, небрежного отношения или насилия в семье.
- **Надзор по охране здоровья.** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию органу, который контролирует работу системы здравоохранения или выполнение определенных государственных программ.
- **Судебное разбирательство.** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию, выполняя распоряжение суда, или в ответ на вызов в суд. Мы можем

Глава 7. Ваши права и обязанности

раскрывать вашу медицинскую информацию, выполняя распоряжение суда, или в ответ на вызов в суд.

- **Правоохранительные меры.** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию правоохранительным органам для конкретных целей обеспечения правопорядка, например сотруднику полиции, если она нужна ему для поиска или опознания пропавшего человека.
- **Судебные следователи и сотрудники других учреждений.** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию судебным следователям, судебно-медицинским экспертам, сотрудникам похоронного бюро или организациям, оказывающим содействие при трансплантации органов (в том числе глаз и тканей).
- **Компенсация работникам.** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию для соблюдения требований законов о компенсации работникам.
- **Научно-исследовательские организации.** Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию, включая сведения о лечении расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ, научно-исследовательским организациям, если они удовлетворяют определенным условиям о защите конфиденциальности вашей медицинской информации.
- **Некоторые государственные функции.** Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию для осуществления определенных государственных функций, включая, помимо прочего, деятельность военных органов, ветеранов, в целях обеспечения национальной безопасности и разведывательную деятельность.

Лица, принимающие участие в вашем лечении. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию родственнику, близкому другу или любому другому человеку, которого вы определите, если он вовлечен в вопрос вашего лечения и информация имеет отношение к оказываемой вам медицинской помощи.

Кроме того, мы можем предоставить такую вашу информацию, помимо перечисленных лиц, также организации, оказывающей помощь в чрезвычайных ситуациях во время катастроф и стихийных бедствий (например, Красный Крест), в экстренной ситуации, если нам нужно известить кого-то о вашем местонахождении или состоянии.

Вы можете в любое время обратиться к нам с просьбой не раскрывать вашу медицинскую информацию лицам, вовлеченным в вопрос вашего лечения. Мы отвечаем согласием на такие просьбы и обязуемся не раскрывать информацию, за исключением определенных ограниченных обстоятельств, например чрезвычайных ситуаций.

Пример: Если вы попросите нас сообщить вашу медицинскую информацию супругу/супруге, мы раскроем ему/ей эту информацию.

Информационные системы по вакцинации в штате Массачусетс

В соответствии с требованиями законодательства сведения о пройденной вами вакцинации заносятся в информационную систему по вакцинации в штате Массачусетс (MIIS). Система MIIS действует в масштабах штата и предназначена для ведения записей о вакцинации под управлением Департамента общественного здравоохранения штата Массачусетс (MDPH). Если вы не хотите, чтобы ваши данные из системы MIIS передавались другим поставщикам медицинских услуг, заполните бланк возражения против совместного использования данных (Objection to Data Sharing Form) и направьте его по адресу:

Massachusetts Immunization Information System (MIIS)
Immunization Program
Massachusetts Department of Public Health
305 South Street
Jamaica Plain, MA 02130

РАЗДЕЛ 2

Другие случаи использования и раскрытия информации, требующие вашего предварительного разрешения

Разрешения.

Кроме как в описанных и оговоренных выше случаях, мы не будем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию или сведения о вашем психическом здоровье без вашего разрешения или разрешения вашего личного представителя (или подписанного разрешения). Записи о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, могут использоваться или раскрываться при предоставлении лечения, выполнении оплаты или операций по медицинскому обслуживанию по вашему письменному разрешению или разрешению вашего личного представителя. Разрешение на использование и раскрытие сведений о лечении расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ, требуется лишь *однажды*, оно будет распространяться на все подобные случаи использования или раскрытия информации в будущем в целях лечения, оплаты или медицинскому обслуживанию до тех пор, пока пациент не отзовет свое согласие в письменном виде. В некоторых случаях нам может понадобиться использовать или раскрыть вашу медицинскую информацию, сведения о вашем психическом здоровье или о лечении расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ, поэтому мы можем связаться с вами, чтобы попросить вас подписать форму-разрешение. В других случаях вы также можете связаться с нами для раскрытия своей медицинской информации, сведений о вашем психическом здоровье или о лечении расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ, и мы попросим вас подписать форму-разрешение.

Глава 7. Ваши права и обязанности

Если вы подпишите письменное разрешение на раскрытие вашей медицинской информации, а также сведений о вашем психическом здоровье или о лечении расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ, третьей стороне, то сможете позднее аннулировать (или отменить) его. В подобном случае это необходимо будет сделать в письменной форме. Если вы аннулируете свое разрешение, мы будем следовать вашим указаниям, кроме случаев, когда мы уже действовали исходя из вашего разрешения на раскрытие вашей медицинской информации или в соответствии с требованиями закона.

- **Использование или раскрытие информации в маркетинговых целях.** Мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию для маркетинговых целей только при наличии вашего прямо выраженного согласия и разрешения.
- **Продажа вашей закрытой медицинской информации.** Commonwealth Care Alliance не продает вашу медицинскую информацию третьей стороне. А если бы мы занимались этим, то такая продажа была бы возможна только при наличии вашего разрешения.
- **Маркетинговые коммуникации, оплачиваемые третьей стороной.** Мы будем направлять вам сообщения по поручению третьей стороны с целью продажи продукции или услуг только при наличии у нас вашего разрешения.
- **Использование или раскрытие записей психотерапевта.** Мы можем использовать или раскрывать записи вашего психотерапевта только при наличии предварительно выданного вами разрешения или в соответствии с требованиями закона.

РАЗДЕЛ 3

Ваши права относительно вашей медицинской информации

У вас есть определенные права в отношении вашей медицинской информации.

Право выбирать кого-либо, кто будет представлять ваши интересы. Если вы дали кому-то медицинскую доверенность или если кто-то является вашим законным опекуном, это лицо может осуществлять ваши права и принимать решения в отношении вашей медицинской информации. Прежде чем предпринимать какие-либо действия, мы удостоверимся, что этот человек имеет такие полномочия и может представлять ваши интересы.

Право на получение экземпляра данного уведомления. У вас есть право получить бумажную копию Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации

Глава 7. Ваши права и обязанности

в любое время, даже если вы согласились получить уведомление в электронном виде. Если вам нужна копия нашего уведомления, позвоните по телефону 1-866-610-2273.

Право доступа для проверки и копирования. У вас есть право на проверку (просмотр и пересмотр) и получение копии или резюме вашей медицинской информации, хранящейся в организации Commonwealth Care Alliance. Если ваши медицинские записи внесены в систему хранения электронных медицинских карт, вы можете получить их электронную копию. Можно также в письменном виде поручить нам отправить электронную копию вашей медицинских записей третьей стороне. Если вы пожелаете просмотреть либо получить бумажную или электронную копию своей медицинской информации, необходимо предоставить нам письменный запрос.

В некоторых случаях мы можем отказать вам в удовлетворении вашего запроса, но в таком случае предоставим основания для этого в письменной форме. Если у вас будет право на пересмотр решения другим лицом, мы проинформируем вас об этом в письменной форме.

Если вам нужна будет копия вашей медицинской информации, мы можем взыскать с вас плату, чтобы покрыть затраты на подготовку копии. Плата за электронные копии будет ограничена прямыми затратами на оплату труда, связанными с выполнением вашего запроса.

Право на внесение поправок в медицинскую информацию. Если вы считаете, что хранящаяся у нас в Commonwealth Care Alliance медицинская информация является неточной либо неполной, то можете требовать внести в нее поправки, исправления или дополнения. Ваше запрос должен быть оформлен в письменном виде и содержать разъяснение.

В некоторых случаях мы можем отказать вам в удовлетворении такого запроса, но предоставим обоснования своего решения в письменной форме в течение шестидесяти (60) дней. Вы можете прислать нам заявление о несогласии. При любых дальнейших действиях по раскрытию информации мы будем предоставлять точное резюме запроса и наш отказ.

Право на получение отчетности о раскрытии нами вашей информации

Вы имеете право получать отчетность (то есть «подробный перечень») о раскрытии информации для каких-либо других целей, не относящихся к лечению, оплате или медицинскому обслуживанию, за предыдущие шесть (6) лет. Если информация хранится в электронной медицинской карте, отчетность будет предоставляться за предыдущие три (3) года. Раз в год отчетность предоставляется бесплатно, но если она будет запрошена повторно в течение 12 месяцев, мы можем взимать за это обоснованную плату. Если при раскрытии сведений о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, пациенты согласились на раскрытие своих личных медицинских данных, с использованием общего обозначения и по запросу, то пациентам должен быть

Глава 7. Ваши права и обязанности

предоставлен список организаций, которым их информация была раскрыта в соответствии с общим обозначением. Период учета случаев раскрытия сведений о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, ограничен последними двумя годами. Все запросы на получение отчетов о случаях раскрытия информации подаются в письменном виде.

Право требовать введение ограничений на использование и раскрытие информации

Вы можете потребовать от нас ограничить использование и раскрытие вашей медицинской информации, сведений о вашем психическом здоровье или о лечении расстройств, вызванных приемом психоактивных веществ, которые необходимы для лечения, оплаты услуг и оказания медицинской помощи, но Commonwealth Care Alliance может не согласиться на это. Согласно федеральному закону, организация Commonwealth Care Alliance должна удовлетворять ваш запрос на ограничение раскрытия медицинской информации в следующих случаях:

- это выполняется в целях оплаты или медицинского обслуживания и не связано с требованиями законодательства;
- медицинская информация имеет отношение исключительно к товарам или услугам медицинского обслуживания, за которые вы или кто-либо от вашего имени (кроме Commonwealth Care Alliance) заплатили в полном объеме.

Если мы согласимся выполнить вашу просьбу, то должны соблюдать ваши ограничения, за исключением случаев, когда информация необходима для оказания неотложной помощи. Вы можете отменить ограничения в любое время, отправив нам письменное обращение. Кроме того, мы можем сами отменить ограничение в любое время, предварительно уведомив вас об этом. К информации, собранной до отмены, ограничения будут применяться и впредь.

Право отказаться от участия в коммуникации относительно привлечения финансов

Вы имеете право требовать, чтобы мы или наши уполномоченные агенты не связывались с вами относительно мероприятий по привлечению средств.

Право требовать другой вариант связи

Вы можете попросить нас связываться с вами в другом месте или другим способом. Например, вам, возможно, предпочтительнее получать всю информацию в письменном виде не на домашний, а на рабочий адрес.

Мы согласимся с любым обоснованным требованием относительно других вариантов связи. Вам необходимо лишь предоставить нам письменный запрос.

РАЗДЕЛ 4

Подача жалобы относительно нашей политики использования конфиденциальной информации

Если вы считаете, что ваши права, связанные с использованием конфиденциальной информации, были нарушены, то можете подать жалобу в письменном виде либо в организацию Commonwealth Care Alliance, либо федеральному правительству.

Если вы подадите жалобу, организация Commonwealth Care Alliance не будет предпринимать никаких действий против вас или изменять условия лечения.

Чтобы подать жалобу в письменном виде или потребовать дополнительную информацию от Commonwealth Care Alliance, свяжитесь с нами по адресу:

Commonwealth Care Alliance

Attention: Information Privacy and Security Officer
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Бесплатная телефонная линия: 1-866-610-2273
TTY: 711

Подать жалобу федеральному правительству можно по следующему адресу:

U.S. Department of Health and Human Services Office for
Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Бесплатная телефонная линия: (800) 368-1019
Бесплатная линия для пользователей TDD: (800) 537-7697

Раздел 1.5	Предоставление информации о плане, сети поставщиков и покрываемых услугах
-------------------	--

Будучи участником плана Senior Care Options Program, вы имеете право получать от нас разную информацию. (Как разъяснено в разделе 1.1, у вас есть право получить сведения удобным для вас способом, например, на других языках, кроме английского, напечатанную крупным шрифтом или в другом альтернативном формате.)

Глава 7. Ваши права и обязанности

Если вам нужны какие-либо из перечисленных далее сведений, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

- **Информация о плане.** Это, например, сведения о финансовом состоянии плана. Сюда также входит информация о количестве апелляций, поданных участниками, и о показателе эффективности выполнения плана, включая его оценку самими участниками и сравнение с другими планами медицинского страхования Medicare.
- **Информация о наших сетевых поставщиках, в том числе сетевых аптеках.**
 - Например, вы можете получить информацию о квалификациях поставщиков и аптек, а также способах оплаты услуг поставщиков в нашей сети.
 - Перечень поставщиков услуг и аптек, оказывающих услуги в рамках плана, приведен в *Справочнике поставщиков услуг и аптек*.
 - Чтобы получить более подробные сведения о поставщиках или аптеках, позвоните в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры) или посетите сайт www.CommonwealthCareSCO.org.
- **Информация о вашем покрытии и правилах, которые вы должны соблюдать при использовании этого покрытия.**
 - В главах 3 и 4 данной брошюры приводится объяснение покрываемых нами медицинских услуг, ограничений по вашему покрытию и правил, которым вы должны следовать для получения таких услуг.
 - В главах 5 и 6 данной брошюры, а также в *Списке покрываемых препаратов (Формуляре)* содержатся подробные сведения о рецептурных препаратах, покрываемых по части D. В этих главах и в *Списке покрываемых препаратов (Формуляре)* плана рассказывается, какие препараты покрываются, а также приведены правила, которым вы должны следовать, и ограничения покрытия для определенных препаратов.
 - Если у вас возникнут вопросы об этих правилах и ограничениях, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).
- **Информация о том, почему некоторые услуги не покрываются, и что можно с этим сделать.**
 - Если план не оплачивает вам медицинскую услугу или препарат, покрываемых по части D, или на покрытие распространяются ограничения, вы можете потребовать письменное разъяснение. У вас есть на это право, даже если медицинская услуга либо препарат предоставлялись внесетевыми поставщиками или аптеками.
 - Если вы не довольны или не согласны с решением, которое мы вынесли относительно медицинских услуг или препарата, покрываемого по части D, можно обратиться к нам с просьбой изменить его. Для этого следует подать

Глава 7. Ваши права и обязанности

апелляцию. Чтобы получить дополнительную информацию о ваших действиях в случаях, когда вы считаете, что услуга или препарат не покрывается должным образом, см. главу 8 данной брошюры. В ней подробно описано, как подать апелляцию, если вы хотите, чтобы мы изменили свое решение (В главе 8 также описано, как подать жалобу относительно качества оказываемого ухода, времени ожидания и других случаев.)

- Если вы хотите попросить план об оплате счета, полученного вами за медицинскую услугу или рецептурный препарат, покрываемый по части D, см. главу 6 данной брошюры.

Раздел 1.6	Поддержка права участника принимать решения касательно обслуживания
-------------------	--

У вас есть право знать о вариантах лечения и участвовать в принятии решения о вашем медицинском уходе

Вы можете получить полную информацию о врачах и других поставщиках медицинских услуг, когда обращаетесь за медицинской услугой. Ваши поставщики обязаны изложить вам информацию о вашем состоянии и вариантах лечения *понятным вам способом*.

У вас также есть право полностью участвовать в принятии решений относительно вашего медицинского ухода. Чтобы вы вместе с врачами могли принять решение о наиболее подходящем для вас лечении, для вас предусмотрены следующие права.

- **Знать обо всех доступных вам вариантах лечения.** Это значит, что вы имеете право знать обо всех рекомендованных в вашем случае вариантах лечения, независимо от их стоимости или покрытия планом, а также о программах, предлагаемых нашим планом, помогающих участникам контролировать прием лекарств и безопасно использовать препараты.
- **Знать о рисках.** У вас есть право знать о всех потенциальных рисках в уходе. Вам должны заранее сообщить, если предложенный медицинский уход или лечение являются частью исследовательского эксперимента. Вы всегда можете отказаться от участия в экспериментальном лечении.
- **Воспользоваться правом на отказ.** У вас есть право отказаться от любого рекомендованного лечения. В частности, вы можете покинуть больницу или другое медицинское учреждение, даже если врач не рекомендует этого. У вас также есть право прекратить принимать лекарства. Разумеется, если вы откажетесь от лечения или перестанете принимать лекарства, вся ответственность за последствия такого решения для вашего здоровья ложится на вас.
- **Получить объяснение в случае отказа от покрытия ухода.** Вы можете потребовать объяснения, если поставщик отказался предоставить вам услуги, которые, по вашему мнению, должны быть предоставлены. Для этого обратитесь к нам с запросом о вынесении решения относительно страхового покрытия. В главе 8

Глава 7. Ваши права и обязанности

данной брошюры содержится информация о том, как обратиться к плану с запросом на вынесение решения о страховом покрытии.

У вас есть право заранее дать указания на тот случай, если вы будете не в состоянии самостоятельно принимать решения о своем медицинском уходе

Иногда люди не в состоянии самостоятельно принимать решения о медицинском уходе, например после несчастного случая или при серьезном заболевании. У вас есть право распорядиться о дальнейших действиях на такой случай. Ниже описано, что *при желании* можно сделать.

- Заполнить форму, чтобы **предоставить доверенному лицу юридическое право принимать за вас решения об оказываемых медицинских услугах**, если вы окажетесь не в состоянии делать это самостоятельно.
- **Дать врачу письменные указания** касательно ухода за вами, если вы сами не сможете принимать решения.

Юридические документы, которые составляются в таких случаях, называются «**предварительными распоряжениями**». Существуют разные виды предварительных распоряжений, которые называются по-разному. Например, «**прижизненное распоряжение**» и «**доверенность на принятие решений о медицинской помощи**».

Если вы хотите составить предварительное распоряжение с указаниями, выполните следующие действия.

- **Получите бланк.** Его можно попросить у юриста или социального работника, а также приобрести в некоторых магазинах канцелярских товаров. В определенных случаях форму предварительного распоряжения можно получить в организации, предоставляющей информацию о Medicare.
- **Заполните и подпишите его.** Помните, что это юридический документ. Для его подготовки рекомендуется обратиться к юристу.
- **Передайте копии соответствующим лицам.** Необходимо предоставить копии бланка лечащему врачу и человеку, которому вы передаете право принимать решения, если вы окажетесь не в состоянии делать это самостоятельно. Кроме того, вы можете раздать копии близким друзьям и членам семьи. Обязательно храните один экземпляр дома.

Если вам заранее известно о вашей госпитализации и вы подписали предварительное распоряжение, **возьмите копию с собой в больницу.**

- При поступлении в больницу у вас поинтересуются о наличии подписанного предварительного распоряжения и попросят предъявить экземпляр.
- Если такого распоряжения вы не составляли, в больнице вам предложат это сделать. Если вы согласитесь, вам выдадут форму.

Глава 7. Ваши права и обязанности

Помните: даже находясь в больнице, вы сами решаете, составлять и подписывать предварительное распоряжение или нет. Согласно закону, никто не имеет права отказать вам в предоставлении ухода или ущемлять ваши права на основании того, есть у вас предварительное распоряжение или нет.

Что делать, если ваши указания не выполняются

Если вы подписали предварительное распоряжение и считаете, что врач или работники медицинского учреждения не выполнили указания, то можете подать жалобу в Департамент общественного здравоохранения штата Массачусетс (Massachusetts Department of Public Health). Для этого необходимо позвонить в отдел по рассмотрению жалоб Подразделения по контролю за качеством медицинского обслуживания (Division of Health Care Quality's Complaint Unit) на номер 1-800-462-5540. Чтобы подать жалобу на определенного врача, обратитесь в регистрационную комиссию медицинских работников по телефону 781-876-8200.

Раздел 1.7	Право подавать жалобы и запрашивать пересмотр принятых решений
-------------------	---

Если у вас возникают проблемы или сомнения относительно покрываемых услуг либо обслуживания, в главе 8 данной брошюры указаны действия, которые вы можете предпринять. В ней подробно описано, как поступать при наличии проблем и жалоб любого типа. Действия для решения проблемы или вопроса зависят от конкретной ситуации. Возможно, вам потребуется обратиться к плану с просьбой вынести решение о страховом покрытии, подать апелляцию для пересмотра вынесенного нами решения или жалобу. Независимо от ваших действий, к которым могут относиться просьбы о страховом покрытии, апелляции или жалобы, **мы должны относиться к вам справедливо.**

Можно подать внутреннюю апелляцию непосредственно в наш план. В разделе 8 этой брошюры описано, как это сделать. Внутреннюю апелляцию можно также подать через Управление социального обеспечения (Social Security Administration) или Совет по пенсионному обеспечению железнодорожников (Railroad Retirement Board), которые передадут ее в наш план. В разделе 2 описано, как связаться с этими организациями.

У вас есть право получить сводку по информации об апелляциях и жалобах, поданных ранее другими участниками относительно нашего плана. Для получения этой информации обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Раздел 1.8	Право вносить рекомендации касательно прав и обязанностей участников плана
-------------------	---

Если у вас есть рекомендации касательно прав и обязанностей участников плана, вы можете связаться со службой поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Раздел 1.9	Действия в случае несправедливого отношения и нарушения прав
-------------------	---

Если это вопрос дискриминации, обратитесь в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights)

Если вы считаете, что к вам относятся несправедливо или ущемляют ваши права по расовому, этническому, национальному или религиозному признакам, по признаку пола, возраста, неполноценности, вероисповедания (убеждений) или по состоянию здоровья, обратитесь в **Управление по гражданским правам** Министерства здравоохранения и социальных служб США по телефону 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) или в местное отделение данного управления.

Другая проблема?

Если вы полагаете, что к вам отнеслись несправедливо, либо ваши права были нарушены, *однако* это не связано с дискриминацией, вам окажут помощь в решении проблемы:

- Свяжитесь со **службой поддержки участников** (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).
- **Позвоните представителю программы State Health Insurance Assistance Program.** Чтобы получить дополнительную информацию об этой организации и способах связаться с ней, см. раздел 3 главы 2.
- **Вы также можете позвонить в Medicare** по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Раздел 1.10	Получение дополнительной информации о правах
--------------------	---

Более подробное о своих правах можно узнать их нескольких источников:

- Свяжитесь со **службой поддержки участников** (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).
- **Позвоните представителю программы State Health Insurance Assistance Program.** Чтобы получить дополнительную информацию об этой организации и способах связаться с ней, см. раздел 3 главы 2.

Глава 7. Ваши права и обязанности

- Обратитесь в **Medicare**.
 - Просмотреть и загрузить публикацию «Your Medicare Rights & Protections» (Medicare: ваши права и их защита) можно на сайте Medicare www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.
 - Вы также можете позвонить на номер 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

РАЗДЕЛ 2 Обязанности участников плана

Раздел 2.1 Обязанности

Ваши обязанности как участника плана перечислены далее. Если у вас возникают вопросы, обращайтесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Мы всегда готовы помочь.

- **Ознакомьтесь с покрываемыми услугами и правилами их получения.** Покрываемые услуги и правила, которым следует следовать для их получения, описаны в брошюре «Подтверждение страхового покрытия».
 - В главах 3 и 4 содержится подробная информация о ваших медицинских услугах, включая покрываемые услуги, непокрываемые услуги, правила, которым нужно следовать, и расходы, которые вы должны оплачивать.
 - В главах 5 и 6 приведена подробная информация о покрытии рецептурных препаратов по части D.
- **Обязательно сообщите, если, кроме нашего плана, вы пользуетесь другими программами страхования здоровья или покрытия отпускаемых по рецепту препаратов.** Обратитесь в службу поддержки участников и сообщите нам об этом (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).
 - Мы обязаны следовать правилам Medicare и MassHealth (Medicaid), чтобы обеспечить полное использование комбинированного покрытия, когда вы получаете покрываемые услуги в рамках нашего плана. Это называется «**координирование льгот**», поскольку этот процесс предусматривает согласование льгот на медицинские услуги и препараты, которые вы получаете в рамках нашего и других планов. Мы поможем выполнить необходимую координацию ваших льгот (дополнительную информацию об этом можно найти в разделе 7 главы 1).
- **Сообщите своему врачу и другим поставщикам медицинских услуг, что вы зарегистрированы в нашем плане.** Предъявляйте свою карту участника каждый раз, получая медицинский уход или препарат из части D, отпускаемый по рецепту.
- **Помогите своему врачу и другим поставщикам в оказании вам помощи: предоставляйте им необходимую информацию, задавайте интересующие вас**

Глава 7. Ваши права и обязанности

вопросы и полностью выполняйте все предписания в рамках предоставляемого ухода.

- Чтобы ваш врач и другие поставщики медицинских услуг могли предоставить вам наилучший уход, максимально изучите свои проблемы со здоровьем и предоставьте им информацию о себе и о вашем состоянии. Следуйте плану лечения и указаниям, согласованным с вашим врачом.
- Убедитесь, что врачам известно, какие препараты вы принимаете, в том числе продающиеся без рецепта, витамины и добавки.
- Если у вас возникают вопросы, смело задавайте их. Ваш врач и другие поставщики медицинских услуг должны объяснять вам вещи доступным вам образом. Если вы задаете вопрос, но не понимаете ответа, спросите еще раз.
- **Будьте тактичны.** Мы ожидаем от всех участников уважения прав других пациентов. Мы также надеемся, что ваше поведение не будет препятствовать оказанию услуг в кабинете врача, больнице и других учреждениях.
- **Оплачивайте предусмотренные услуги.** Как участник плана вы обязаны вносить нижеперечисленные платежи.
 - Для участия в нашем плане необходимо зарегистрироваться в программах Medicare, часть А, и Medicare, часть В. Для большинства участников плана Senior Care Options Program программа MassHealth (Medicaid) покрывает страховые взносы по части А (если вы не регистрируетесь в этой программе автоматически) и по части В. Если по страховке MassHealth (Medicaid) ваши страховые взносы в Medicare не оплачиваются, вам необходимо и впредь вносить страховые взносы за участие в программе Medicare, чтобы сохранить свое участие в плане.
 - Если вы получаете медицинские услуги или препараты, которые не покрываются нашим планом или другой страховкой, которая у вас может быть, вы должны оплатить полную стоимость этих услуг самостоятельно.
 - Если вы не согласны с нашим решением об отказе в покрытии стоимости услуги или препарата, то можете подать апелляцию. Чтобы узнать, как подать апелляцию, см. главу 8 данной брошюры.
- **Сообщите нам, если вы переедете.** Если вы собираетесь переехать, необходимо незамедлительно сообщить нам об этом. Позвоните в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).
 - **Если вы переезжаете за пределы территории обслуживания нашего плана, то не сможете оставаться его участником** (сведения о территории обслуживания указаны в разделе 1). Мы можем помочь вам выяснить, остаетесь ли вы на территории обслуживания после переезда.

Глава 7. Ваши права и обязанности

- Если вы переезжаете *в пределах* территории обслуживания, нам все равно нужно об этом знать: так мы сможем обновить ваше личное дело и будем знать, как с вами связываться.
- В случае переезда вам необходимо сообщить об этом в Управление социального обеспечения (или в Совет по пенсионному обеспечению железнодорожников). Номера телефонов и контактная информация этих организаций указаны в разделе 2.
- Если вам нужна помощь или у вас возникли какие-либо сомнения, обращайтесь в службу поддержки участников. Мы также готовы выслушать ваши предложения по улучшению плана.
 - Номера телефонов и время работы службы поддержки участников указаны на задней стороне обложки данной брошюры.
 - Чтобы получить дополнительную информацию о том, как с нами можно связаться, в том числе почтовый адрес, см. главу 2.

ГЛАВА 8

*Что делать, если у вас
возникла проблема
(решения о страховом
покрытии, апелляции,
жалобы)*

**Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба
(решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)**

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

РАЗДЕЛ 1	Введение	207
Раздел 1.1	Что делать, если у вас возникли проблемы или вопросы.....	207
Раздел 1.2	Какие юридические термины используются	207
РАЗДЕЛ 2	Как получить помощь от не связанных с планом правительственных организаций.....	208
Раздел 2.1	Где можно получить дополнительную информацию и индивидуальную помощь	208
РАЗДЕЛ 3	Основные сведения о жалобах и апелляциях в рамках программ Medicare и MassHealth (Medicaid) применительно к нашему плану	209
ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВАШИМИ ЛЬГОТАМИ		209
РАЗДЕЛ 4	Решения о страховом покрытии и апелляции	209
Раздел 4.1	Какую процедуру необходимо применить: процедуру обращения за вынесением решения о страховом покрытии или процедуру подачи апелляции? Или же вы хотите подать жалобу?	209
РАЗДЕЛ 5	Решения о страховом покрытии и апелляции: основные сведения	210
Раздел 5.1	Подача запроса на вынесение решения о страховом покрытии и апелляции: общие сведения.....	210
Раздел 5.2	Как получить помощь при запросе решения о страховом покрытии или подаче апелляции	212
Раздел 5.3	В каких разделах этой главы приводятся описания конкретных ситуаций	213
РАЗДЕЛ 6	Ваше медицинское обслуживание: Как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии или апелляцию	214
Раздел 6.1	В этом разделе описано, что делать, если у вас возникла проблема с покрытием медицинских услуг, и как получить возмещение стоимости ухода	214
Раздел 6.2	Пошаговая инструкция: Как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии (Как подать запрос в наш план о выдаче разрешения или предоставлении покрытия необходимого вам медицинского ухода).....	216

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Раздел 6.3	Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию уровня 1 (как попросить о пересмотре вынесенного планом решения о страховом покрытии медицинского обслуживания)	220
Раздел 6.4	Пошаговая инструкция: Как рассматривается апелляция уровня 2	225
Раздел 6.5	Как подать запрос на возмещение затрат по предоставленному счету за медицинские услуги.....	230
РАЗДЕЛ 7	Отпускаемые по рецепту препараты, которые покрываются по части D: Как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии или апелляцию	233
Раздел 7.1	В этом разделе описано, что делать, если у вас возникла проблема с покрытием препаратов, предусмотренных частью D, и как получить возмещение их стоимости	233
Раздел 7.2.	Что такое исключение.....	235
Раздел 7.3.	Важная информация о подаче запроса на исключение	236
Раздел 7.4	Пошаговая инструкция: Как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии, в том числе об исключении.....	237
Раздел 7.5	Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию уровня 1 (как попросить о пересмотре вынесенного планом решения о страховом покрытии).....	241
Раздел 7.6	Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию 2-го уровня.....	245
РАЗДЕЛ 8	Как подать запрос на продление пребывания в стационаре, если вы полагаете, что вас выписывают раньше времени, и на его покрытие	247
Раздел 8.1	Во время пребывания в стационаре вы получите письменное уведомление от Medicare о ваших правах.....	248
Раздел 8.2	Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию уровня 1 для изменения даты выписки из больницы	249
Раздел 8.3	Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию уровня 2 для изменения даты выписки из больницы	253
Раздел 8.4	Что делать, если вы не успели подать апелляцию уровня 1 в срок.....	254
РАЗДЕЛ 9	Как обратиться к нам с просьбой продолжать покрывать определенные медицинские услуги, если вы считаете, что их выплата по ним прекращается слишком рано	258
Раздел 9.1	<i>В этом разделе приведены сведения о трех видах услуг: Медицинский уход на дому, в учреждениях квалифицированного сестринского ухода и учреждении амбулаторной комплексной реабилитации (CORF).</i>	258

**Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба
(решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)**

Раздел 9.2	Мы уведомим вас заранее об окончании срока покрытия	258
Раздел 9.3	Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию уровня 1, чтобы продлить период покрытия планом оказываемых услуг по уходу.....	259
Раздел 9.4	Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию уровня 2, чтобы продлить период покрытия планом оказываемых услуг по уходу.....	262
Раздел 9.5	Что делать, если вы не успели подать апелляцию уровня 1 в срок.....	263
РАЗДЕЛ 10	Подача апелляций уровня 3 и выше.....	267
Раздел 10.1	Апелляции уровней 3, 4, и 5 касательно медицинских услуг.....	267
Раздел 10.2	Дополнительные апелляции в MassHealth (Medicaid).....	269
Раздел 10.3	Апелляции уровней 3, 4, и 5 касательно запросов по препаратам, покрываемым частью D.....	269
РАЗДЕЛ 11	Как подать жалобу касательно качества предоставляемых услуг, времени ожидания, обслуживания клиентов и прочих проблем	270
Раздел 11.1	Какие типы проблем решаются посредством рассмотрения жалоб.....	271
Раздел 11.2	Официальное название процесса подачи жалобы — «заявление претензии».....	273
Раздел 11.3	Пошаговая инструкция: Подача жалобы	273
Раздел 11.4	Также можно подавать жалобы о качестве ухода в организацию по повышению качества обслуживания.....	274
Раздел 11.5	Можно также подать жалобу в Medicare MassHealth (Medicaid).....	275
Раздел 11.6	Равноправие людей с различными психическими состояниями и жалобы по этому поводу.....	275
ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ СО ЛЬГОТАМИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫМИ ПО ПРОГРАММЕ <u>MASSHEALTH (MEDICAID)</u>	276	
РАЗДЕЛ 12	Решение проблем, касающихся льгот <u>MassHealth (Medicaid)</u>.....	276
РАЗДЕЛ 13	Информирование о <u>мошенничестве, неэкономном использовании или злоупотреблении</u>.....	278

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)**РАЗДЕЛ 1 Введение****Раздел 1.1 Что делать, если у вас возникли проблемы или вопросы**

В этой главе описано, как решить проблему и найти ответ на вопрос. Выбор алгоритма решения проблемы зависит от вида проблемы, с которой вы столкнулись:

- В одних случаях необходимо использовать **процедуры подачи запроса на решение о страховом покрытии и апелляции,**
- А в других — **процедуры подачи жалобы.**

Чтобы рассмотрение проблем выполнялось объективно и своевременно, для каждой процедуры определен набор правил, процедур и сроков, которые необходимо соблюдать обеим сторонам.

Какую процедуру нужно использовать? Указания в разделе 3 помогут вам определиться.

Раздел 1.2 Какие юридические термины используются

В этой главе разъяснены юридические термины для некоторых правил, процедур и типов сроков. Многие из этих терминов незнакомы большинству людей и сложны для понимания.

В этой главе юридические правила и процедуры объясняются доступным языком без применения юридических терминов. Например, в этой главе обычно используется формулировка «подача жалобы» вместо «заявление претензии», «вынесение решения о страховом покрытии» вместо «выдача комплексного заключения организации» или «выдача заключения по страховому покрытию», а также «организация по проведению независимой экспертизы» вместо «субъект проведения независимой проверки». Также минимально используются сокращения.

Однако иногда полезно (а в некоторых случаях и необходимо) знать правильный юридический термин для ситуации, в которой вы оказались. Зная, какой термин использовать, вы сможете ясно и точно излагать свои мысли при обсуждении вашей проблемы и получить требуемую помощь или информацию. Юридические термины приводятся с подробными описаниями действий в различных ситуациях.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

РАЗДЕЛ 2 Как получить помощь от не связанных с планом правительственных организаций

Раздел 2.1 Где можно получить дополнительную информацию и индивидуальную помощь

Иногда трудно понять, с чего начать решение проблемы или как поступить в дальнейшем. Это особенно сложно, когда самочувствие не позволяет предпринимать какие-либо более или менее активные действия. Кроме того, вам может не хватать знаний, чтобы сделать следующий шаг.

Обратитесь за помощью в независимую правительственную организацию

Мы всегда готовы вам помочь. Но в некоторых ситуациях вам, возможно, потребуется помощь или указания от кого-то, кто не связан с нашей организацией. Можно всегда обратиться к представителям программы **State Health Insurance Assistance Program (SHIP)**. Эта правительственная программа имеет опытных консультантов в каждом штате. Она не связана ни с нами, ни с какими-либо другими страховыми компаниями или планами медицинского страхования. Консультанты этой программы помогут вам понять, какой процедурой необходимо воспользоваться, чтобы решить вашу проблему. Они ответят на ваши вопросы, предоставят дополнительную информацию и подскажут, что делать дальше.

Услуги консультантов SHIP бесплатны. В штате Массачусетс программа SHIP называется SHINE (Serving the Health Information Needs of Everyone — предоставление информации по вопросам здравоохранения всем желающим). Номера телефонов указаны в разделе 3 главы 2 данной брошюры.

Вы также можете получить помощь и информацию в Medicare

Для этого обратитесь непосредственно в Medicare. Далее описаны два способа, как можно получить сведения непосредственно в Medicare:

- Вы можете обращаться по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Вы можете посетить сайт Medicare (www.medicare.gov).

Вы можете получить помощь и информацию в MassHealth (Medicaid)

Для этого обратитесь непосредственно в MassHealth (Medicaid). Далее описаны два способа, как можно получить сведения непосредственно в MassHealth (Medicaid):

- По телефону: 1-800-841-2900 (Понедельник – пятница: 08:00–17:00). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-497-4648.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Вы можете посетить сайт MassHealth (Medicaid) (www.mass.gov/mass.health).
- Вы также можете получить помощь в программе My Ombudsman по номеру 1-855-781-9898 (MassRelay: 711, телефон: 1-855-781-9898 или видеотелефон (VP): 339-224-6831) или по электронной почте info@myombudsman.org.

РАЗДЕЛ 3 Основные сведения о жалобах и апелляциях в рамках программ Medicare и MassHealth (Medicaid) применительно к нашему плану

У вас есть страховка по программе Medicare и, кроме того, вы пользуетесь льготами по программе MassHealth (Medicaid). Информация в данной главе относится ко **всем** вашим льготам по программам Medicare и MassHealth (Medicaid). Иногда это называют «интегрированной процедурой», т.к. она объединяет (интегрирует) процедуры по программам Medicare и MassHealth (Medicaid).

Иногда процедуры Medicare и MassHealth (Medicaid) не объединяются. В таких случаях вы используете процедуры Medicare в отношении льгот, покрываемых программой Medicare, и процедуры MassHealth (Medicaid) в отношении льгот, покрываемых программой MassHealth (Medicaid). Разъяснения по таким случаям приведены в **разделе 6.4** данной главы «Пошаговая инструкция. Как рассматривается апелляция уровня 2».

ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВАШИМИ ЛЬГОТАМИ

РАЗДЕЛ 4 Решения о страховом покрытии и апелляции

Раздел 4.1	Какую процедуру необходимо применить: процедуру обращения за вынесением решения о страховом покрытии или процедуру подачи апелляции? Или же вы хотите подать жалобу?
-------------------	---

Если у вас возникла проблема или сомнения, необходимо лишь прочитать те части этой главы, которые относятся к вашей ситуации. Информация ниже поможет вам определить, в каком разделе этой главы описываются действия, которые необходимо предпринять при возникновении проблем и жалоб, связанных со льготами, предоставляемыми в рамках Medicare или MassHealth (Medicaid).

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Чтобы узнать, где в этой главе описаны способы решения определенных проблем и вопросов о льготах в рамках **Medicare** или **MassHealth (Medicaid)**, воспользуйтесь приведенной таблицей.

Ваша проблема связана со льготами или покрытием?

(Сюда входят проблемы, связанные с предоставлением покрытия определенной медицинской услуги или препарата, отпускаемого по рецепту, способом предоставления этого покрытия, а также с оплатой медицинских услуг или препаратов.)

Да. Моя проблема связана со льготами или покрытием.

Перейдите к следующему разделу этой главы — **Разделу 5. «Решения о страховом покрытии и апелляции: основные сведения».**

Нет. Моя проблема не связана с льготами или покрытием.

Перейдите к **Разделу 11 «Как подать жалобу относительно качества предоставляемых услуг по уходу, времени ожидания, обслуживания клиентов и прочих проблем»** в конце этой главы.

РАЗДЕЛ 5 Решения о страховом покрытии и апелляции: основные сведения

Раздел 5.1	Подача запроса на вынесение решения о страховом покрытии и апелляции: общие сведения
-------------------	---

Процедура запроса о вынесении решений о страховом покрытии и процедура подачи апелляции предусмотрены для проблем, связанных со льготами и покрытием, а также платежами. Эти процедуры используются, когда возникают вопросы о страховом покрытии и условиях его получения.

Запрос на вынесение решения о страховом покрытии

Решение о страховом покрытии — это решение, которое мы принимаем относительно ваших льгот и страхового покрытия или относительно суммы, которая будет уплачена нами за оказанные вам медицинские услуги или препараты. Решение принимается по каждому отдельному случаю страхового покрытия и сумме, которую мы должны выплатить. Например, врач сети плана принимает решение о том, что страховое покрытие

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

будет предоставлено, всякий раз когда вы обращаетесь к нему за медицинской помощью или когда он направляет вас к медицинскому специалисту. Вы или ваш врач можете обратиться к нам с просьбой о вынесении решения о страховом покрытии, если врач не уверен, будет ли предоставлено покрытие медицинского ухода, либо отказывается предоставить вам медицинский уход, который, по вашему мнению, вам необходим. Другими словами, если вы хотите знать, будет ли покрыта медицинская услуга, до того, как вы получите ее, можно подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии.

В некоторых случаях мы можем решить, что Medicare или MassHealth (Medicaid) не покрывает или больше не будет покрывать определенные услуги или препараты. Если вы не согласны с нашим решением о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию.

Подача апелляции

Если мы выносим решение о страховом покрытии и вы не согласны с ним, вы можете подать апелляцию. Апелляция — это официальное обращение к нам с просьбой пересмотреть принятое решение о страховом покрытии.

Апелляции, которые подаются впервые, называются «апелляциями уровня 1». Если вы подаете такую апелляцию, мы пересматриваем принятое решение о страховом покрытии и проверяем, все ли правила были соблюдены. Ваша апелляция рассматривается другими сотрудниками, которые не принимали участия в вынесении первоначального решения об отклонении вашего запроса.

После пересмотра мы сообщаем вам о своем решении. При определенных обстоятельствах (см. далее) можно запросить «ускоренное вынесение решения о страховом покрытии» или «ускоренное рассмотрение апелляции».

Если мы вынесем отрицательное решение по всем или по некоторым пунктам вашей апелляции уровня 1, вы можете подать апелляцию уровня 2. Апелляция уровня 2 рассматривается организациями по проведению независимой экспертизы, не связанными с нами.

- В определенных ситуациях запросы автоматически передаются в организацию по проведению независимой экспертизы рассматриваются как апелляции уровня 2.
- В других ситуациях вам будет необходимо самостоятельно запросить рассмотрение апелляции уровня 2 по вопросу страхового покрытия MassHealth (Medicaid).
- Подробные сведения о подаче апелляций уровня 2 приведены в **разделе 6.4** этой главы.

Если вы не согласны с решением по апелляции уровня 2, то можете подать запросы дополнительных уровней.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)**Раздел 5.2 Как получить помощь при запросе решения о страховом покрытии или подаче апелляции**

Вам требуется помощь? Обратитесь к следующим источникам, если решите подать запрос на решение о страховом покрытии или апелляцию по решению.

- Свяжитесь со **службой поддержки участников** (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).
- Вы можете **получить бесплатную помощь** по программе State Health Insurance Assistance Program (см. раздел 2 этой главы).
- **Ваш врач или другой поставщик медицинских услуг может сделать запрос за вас.**
 - Если речь идет о медицинском обслуживании, врач или другой поставщик медицинских услуг от вашего имени может подать запрос на решение о страховом покрытии или апелляцию уровня 1. Если ваша апелляция касается услуг Medicare, то в случае ее отклонения на уровне 1 она автоматически направляется на уровень 2.
 - Если ваш врач или другой поставщик медицинских услуг попросит о продолжении оказания вам уже предоставляемых услуг или товаров в период подачи апелляции, вам **может** потребоваться назначить своего врача или другого специалиста, у которого есть право назначать рецептурные препараты, своим представителем, чтобы он действовал от вашего имени.
 - Чтобы врач мог подать апелляцию после 2 уровня, вы **должны** назначить его своим представителем.
 - Если речь идет о препаратах, предусмотренных частью D, врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты, от вашего имени может подать запрос на решение о страховом покрытии либо апелляцию уровня 1 или 2. Чтобы врач мог подать апелляцию после 2 уровня, вы должны назначить его или другого специалиста, у которого есть право назначать рецептурные препараты, своим представителем.
- **Вы можете попросить кого-либо действовать от вашего имени.** При желании можно предоставить другому лицу право действовать от вашего имени в качестве представителя, и он может подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии или апелляцию.
 - Возможно, у вас уже есть представитель, уполномоченный действовать от вашего имени в соответствии с законами штата.
 - Если вы хотите назначить друга, родственника, вашего врача либо иного поставщика медицинских услуг или другого человека своим представителем, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры) и

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

запросите форму для назначения представителя (форма также доступна на сайте Medicare www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf и на нашем сайте www.CommonwealthCareSCO.org). Эта форма позволяет указанному лицу действовать от вашего имени. Она должна быть подписана вами и лицом, которое будет выступать от вашего имени. Вы должны предоставить нам экземпляр заполненной и подписанной формы.

- **У вас также есть право нанять адвоката, который будет действовать от вашего имени.** Вы можете обратиться к своему адвокату или местной коллегии либо воспользоваться справочной службой. Кроме того, существуют организации, которые бесплатно предоставят вам юридические услуги, если вы будете отвечать их критериям. Однако для подачи запроса на решение о страховом покрытии или апелляции **не обязательно нанимать адвоката.**

Раздел 5.3**В каких разделах этой главы приводятся описания конкретных ситуаций**

Существует четыре вида ситуаций, когда можно подать запрос на решение о страховом покрытии или апелляции. Поскольку для каждой ситуации предусмотрены свои правила и сроки, они подробно описаны в отдельных разделах.

- **Раздел 6** этой главы: «Ваше медицинское обслуживание: как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии или апелляции»
- **Раздел 7** этой главы: «Отпускаемые по рецепту препараты, которые покрываются по части D: как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии или апелляции»
- **Раздел 8** этой главы: «Как подать запрос на продление пребывания в стационаре, если вы полагаете, что вас выписывают раньше времени»
- **Раздел 9** этой главы: «Как подать запрос о продлении покрытия определенных медицинских услуг, если вы полагаете, что их покрытие прекращается слишком рано» (Данный раздел применим только к медицинскому уходу на дому, а также обслуживанию в учреждении квалифицированного сестринского ухода или учреждении амбулаторной комплексной реабилитации (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF))

Если вы не уверены, какой из разделов касается вашего случая, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Вы также можете получить помощь и информацию в государственных организациях, например обратившись к представителям программы State Health Insurance Assistance Program (номера телефонов этой программы указаны в разделе 3 главы 2 данной брошюры).

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)**РАЗДЕЛ 6 Ваше медицинское обслуживание: Как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии или апелляции**

Вы ознакомились с разделом 5 этой главы (Решения о страховом покрытии и апелляции: основные сведения)? Если нет, просмотрите сначала его содержание.

Раздел 6.1 В этом разделе описано, что делать, если у вас возникла проблема с покрытием медицинских услуг, и как получить возмещение стоимости ухода

В этом разделе рассказывается о льготах на медицинский уход и услуги. Такие льготы описаны в главе 4 данной брошюры: *Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)*. Для удобства в оставшейся части раздела будут использоваться формулировки «покрытие медицинского ухода» и «медицинский уход» вместо многочисленных повторов «медицинский уход, лечение или услуги». «Медицинский уход» включает в себя медицинские товары и услуги, а также рецептурные препараты по программе Medicare, часть В. В некоторых случаях на запрос рецептурного препарата по части В распространяются другие правила. В таких случаях мы объясним вам, в чем заключается отличие правил для рецептурных препаратов по части В от правил для медицинских товаров и услуг.

В этом разделе рассказывается, что делать, оказавшись в одной из следующих ситуаций.

1. Вы не получаете определенного, желаемого вами медицинского ухода и считаете, что этот уход покрывается нашим планом.
 2. Наш план не утверждает медицинский уход, который был вам назначен вашим врачом или другим поставщиком медицинских услуг, а вы уверены, что план покрывает этот уход.
 3. Вы получили медицинский уход, который, по вашему мнению, покрывается планом, но мы сообщили, что вы должны оплатить его стоимость самостоятельно.
 4. Вы получили и оплатили медицинский уход или услуги, которые, по вашему мнению, покрываются планом, и хотите обратиться к плану с требованием возмещения уплаченной суммы.
 5. Вам сообщили, что покрытие определенного медицинского ухода, который вы получаете и который ранее был утвержден нами, будет сокращено или прекращено, и вы уверены, что такие действия негативно отразятся на вашем здоровье.
- **ПРИМЕЧАНИЕ: Если прекращается покрытие стационарного лечения, медицинского ухода на дому или обслуживания в учреждении квалифицированного сестринского ухода или учреждении амбулаторной**

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

комплексной реабилитации (CORF), действуют отдельные правила (ознакомьтесь с соответствующим разделом). В таких случаях вам необходимо ознакомиться с указанными ниже разделами брошюры.

- Раздел 8 этой главы: «Как подать запрос на продление пребывания в стационаре, если вы полагаете, что вас выписывают раньше времени»
- Раздел 9 этой главы: «Как подать запрос о продлении покрытия определенных медицинских услуг, если вы полагаете, что их покрытие прекращается слишком рано» В этом разделе приведены сведения о трех видах услуг: медицинский уход на дому, обслуживание в учреждении квалифицированного сестринского ухода и обслуживание в учреждении амбулаторной комплексной реабилитации (CORF).
- Инструкции для *всех остальных* случаев, когда вам сообщают о прекращении покрытия услуг, указаны в этом разделе (Раздел 6).

В какой из следующих ситуаций вы находитесь?

Ситуация	Возможные действия
Вы хотите узнать, предоставим ли мы покрытие медицинского ухода или услуг, которые вам нужны.	Вы можете подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии. Ознакомьтесь со следующим разделом данной главы — разделом 6.2 .
Мы уже сообщили вам, что не будем покрывать или оплачивать медицинские услуги так, как вы находите нужным.	Вы можете подать апелляцию (это значит, что вы просите нас пересмотреть вынесенное решение). Перейдите к разделу 6.3 этой главы.
Мы сообщаем вам о прекращении или сокращении предоставляемой вам медицинской услуги.	Возможно, вы сможете продолжать пользоваться этими услугами или товарами в период подачи апелляции. Перейдите к разделу 6.3 этой главы.
Вы хотите потребовать от нас возмещения стоимости медицинского ухода или услуг, которые вы получили и оплатили.	Отправьте нам счет. Перейдите к разделу 6.5 этой главы.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Раздел 6.2 Пошаговая инструкция: Как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии (Как подать запрос в наш план о выдаче разрешения или предоставлении покрытия необходимого вам медицинского ухода)

Юридические термины

Если решение о страховом покрытии касается медицинского обслуживания, оно называется «**комплексным заключением организации**».

Шаг 1. Вы подаете запрос на решение о страховом покрытии требуемого медицинского ухода. Если ввиду состояния вашего здоровья требуется срочно получить ответ, можно запросить «**ускоренное вынесения решения о страховом покрытии**».

Юридические термины

«Ускоренное вынесения решения о страховом покрытии» называется «**комплексным срочным заключением**».

Как запросить покрытие необходимого медицинского ухода

- Обратитесь к представителям плана по телефону, по почте или факсу с запросом о выдаче разрешения или предоставлении покрытия медицинского ухода, который вам требуется. Это можете сделать вы сами, ваш врач или представитель.
- Чтобы узнать, как связаться с нами, просмотрите раздел 1 главы 2 (Как связаться с нами, чтобы запросить решение о страховом покрытии, подать апелляцию или жалобу относительно медицинского обслуживания).

Как правило, применяются стандартные сроки для вынесения решения

При рассмотрении запроса мы ориентируемся на «стандартные» сроки, если не согласовано «ускоренное» вынесение решения. **Как правило, решение о покрытии принимается в течение 14 календарных дней** с момента получения запроса в отношении медицинских товаров или услуг. Если ваш запрос касается рецептурного препарата, предусмотренного частью В, мы сообщим вам о принятом решении в течение **72 часов** с момента получения запроса.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Однако по запросам **в отношении медицинских товаров или услуг**, если вам требуется больше времени или нам необходима дополнительная информация (например, медицинские записи от внесетевых поставщиков медицинского обслуживания), которая может положительно повлиять на решение, **возможно продление периода рассмотрения на срок до 14 календарных дней**. Если нам потребуется дополнительное время для вынесения решения, мы сообщим вам об этом в письменной форме. Если ваш запрос касается рецептурного препарата, предусмотренного частью В программы Medicare, мы не можем взять дополнительное время на вынесение решения.
- Если вы считаете, что дополнительное время нам **не** нужно, то можете подать жалобу, требующую ускоренного рассмотрения, относительно такого нашего решения. При подаче такой жалобы вы получите ответ в течение 24 часов. (Процедура подачи жалобы отличается от процедуры запроса решения о страховом покрытии и подачи апелляции. Для получения дополнительной информации о подаче жалоб, в том числе жалоб, требующих ускоренного рассмотрения, см. **раздел 11** этой главы.)

Если это необходимо ввиду состояния вашего здоровья, попросите об «ускоренном вынесении решения о страховом покрытии».

- **Ускоренное вынесения решения о страховом покрытии означает, что вы получите ответ в течение 72 часов, если запрос касается медицинских товаров или услуг. Если ваш запрос касается рецептурного препарата, предусмотренного частью В программы Medicare, мы сообщим вам о принятом решении в течение 24 часов.**
 - Однако по запросам **в отношении медицинских товаров или услуг**, если нам необходима информация, которая, по нашему мнению, может положительно повлиять на решение (например, медицинские записи от внесетевых поставщиков медицинского обслуживания), или вам нужно дополнительное время, чтобы предоставить нам сведения, **возможно продление периода рассмотрения на срок до 14 календарных дней**. Если нам потребуется дополнительное время, мы сообщим вам об этом в письменной форме. Если ваш запрос касается рецептурного препарата, предусмотренного частью В программы Medicare, мы не можем взять дополнительное время на вынесение решения.
 - Если вы считаете, что дополнительное время нам **не** нужно, то можете подать жалобу, требующую ускоренного рассмотрения, относительно такого нашего решения. (дополнительная информация о процедуре подачи жалоб, в том числе жалоб, требующих ускоренного рассмотрения, указана в **разделе 11** этой главы). Как только решение будет принято, мы позвоним вам.
- **Для вынесения решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре необходимо соблюсти два критерия:**

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Ускоренное вынесения решения о страховом покрытии возможно, **только** если медицинские услуги вам **еще не оказаны**. Вы не можете запрашивать ускоренное вынесение решения о страховом покрытии, если речь идет об оплате уже полученного ухода.
- Ускоренное вынесение решения о страховом покрытии возможно, **только** если при соблюдении стандартных сроков **существует риск причинения серьезного вреда вашему здоровью или жизнедеятельности**.
- **Если врач подтвердит, что ваше состояние здоровья требует «ускоренного вынесения решения о страховом покрытии», мы автоматически согласимся его вынести.**
- Если вы самостоятельно подаете запрос на «ускоренное вынесения решения о страховом покрытии» (без содействия врача), мы определим, требуется ли это ввиду вашего состояния здоровья.
 - Если мы установим, что ваше состояние не требует ускоренного вынесения решения о страховом покрытии, то отправим вам соответствующее уведомление и рассмотрим запрос в стандартные сроки.
 - В этом письме мы сообщим, что решение о страховом покрытии будет вынесено по ускоренной процедуре автоматически, если его запросит врач.
 - В этом письме также будет рассказано, как подать жалобу, требующую ускоренного рассмотрения, относительно вынесения решения о страховом покрытии в стандартные сроки, а не по ускоренной процедуре, запрошенной вами. (дополнительная информация о процедуре подачи жалоб, в том числе жалоб, требующих ускоренного рассмотрения, указана в **разделе 11** этой главы).

Шаг 2. Мы рассматриваем ваш запрос на страховое покрытие и сообщаем о решении.

Сроки для ускоренного вынесения решения о страховом покрытии

- Обычно мы присылаем ответ на запрос о вынесении решения о страховом покрытии по ускоренной процедуре **в течение 72 часов**. Если ваш запрос касается рецептурного препарата, предусмотренного частью В программы Medicare, мы сообщим вам о принятом решении **в течение 24 часов**.
 - Как уже указывалось, в определенных обстоятельствах нам может потребоваться дополнительно до 14 календарных дней. В таком случае мы сообщим вам об этом в письменном виде. Если ваш запрос касается рецептурного препарата, предусмотренного частью В программы Medicare, мы не можем взять дополнительное время на вынесение решения.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Если вы считаете, что дополнительное время нам **не** нужно, то можете подать жалобу, требующую ускоренного рассмотрения, относительно такого нашего решения. При подаче такой жалобы вы получите ответ в течение 24 часов. (дополнительная информация о процедуре подачи жалоб, в том числе жалоб, требующих ускоренного рассмотрения, указана в разделе 11 этой главы).
- Если вы не получите ответ в течение 72 часов или до окончания продленного срока или в течение 24 часов, если запрос касается рецептурного препарата по части В программы Medicare, то вы вправе подать апелляцию. В разделе 6.3 описано, как это сделать.
- **Если ваше требование отклоняется частично или полностью**, то мы пришлем подробное объяснение в письменной форме.

Сроки принятия «стандартного решения о страховом покрытии»

- Обычно мы направляем ответ на запрос о принятии стандартного решения о покрытии в отношении медицинских товаров и услуг **в течение 14 календарных дней с момента получения запроса**. Если ваш запрос касается рецептурного препарата, предусмотренного частью В, мы сообщим вам о принятом решении **в течение 72 часов** с момента получения запроса.
 - В отношении запроса по медицинским товарам и услугам в определенных обстоятельствах нам может потребоваться дополнительно до 14 календарных дней («продленный период»). В таком случае мы сообщим вам об этом в письменном виде. Если ваш запрос касается рецептурного препарата, предусмотренного частью В программы Medicare, мы не можем взять дополнительное время на вынесение решения.
 - Если вы считаете, что дополнительное время нам **не** нужно, то можете подать жалобу, требующую ускоренного рассмотрения, относительно такого нашего решения. При подаче такой жалобы вы получите ответ в течение 24 часов. (дополнительная информация о процедуре подачи жалоб, в том числе жалоб, требующих ускоренного рассмотрения, указана в разделе 11 этой главы).
 - Если вы не получите ответ в течение 14 календарных дней или до окончания продленного срока или в течение 72 часов, если запрос касается рецептурного препарата по части В программы Medicare, то вы вправе подать апелляцию. В разделе 6.3 описано, как это сделать.
- **Если ваше требование отклоняется частично или полностью**, то мы пришлем объяснение в письменной форме.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 3. Если мы вынесем отрицательное решение по вашему запросу на покрытие медицинского ухода, вы можете подать апелляцию.

- Если вы получите от нас отказ, то можете потребовать пересмотра вынесенного решения с возможным его изменением, подав апелляцию. Подача апелляции — это еще одна попытка получить требуемое покрытие услуг по медицинскому уходу.
- Если вы решите подать апелляцию, первым вашим шагом станет подача апелляции уровня 1 (см. раздел 6.3 далее).

Раздел 6.3	Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию уровня 1 (как попросить о пересмотре вынесенного планом решения о страховом покрытии медицинского обслуживания)
-------------------	---

Юридические термины

Апелляция, которая подается в план на решение о страховом покрытии, называется «**комплексным пересмотром**».

Шаг 1. Вы связываетесь с нами и подаете апелляцию. Если ввиду состояния вашего здоровья требуется срочно получить ответ, можно подать «**апелляцию с ускоренным рассмотрением**».

Порядок действий

- **Чтобы подать апелляцию, вы, ваш врач или представитель должны связаться с нами.** Чтобы узнать, как связаться с нами по вопросам подачи апелляции, ознакомьтесь с разделом 1 главы 2 («Как связаться с нами, чтобы запросить решение о страховом покрытии, подать апелляцию относительно медицинского обслуживания»).
- **Подайте стандартную апелляцию в письменном виде, направив запрос.** Апелляцию также можно подать по телефону, воспользовавшись номером из раздела 1 главы 2 («Как связаться с нами, чтобы подать апелляцию относительно медицинского обслуживания»).
- Если апелляцию по нашему решению от вашего имени подает другой человек, кроме вашего врача, приложите к апелляции форму для назначения представителя, дающую право этому человеку представлять вас. Если ваш врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты, попросит о продолжении оказания вам уже предоставляемых услуг или товаров в период подачи апелляции, вам может потребоваться назначить своего или другого

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

врача, выписавшего рецепт, своим представителем, чтобы он действовал от вашего имени. Для получения бланка обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры) и запросите форму «Назначения представителя». Она также доступна на сайте Medicare по адресу: <http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> и на нашем сайте: www.CommonwealthCareSCO.org. Принять апелляцию без формы мы можем, но начать пересматривать решение без нее нельзя. Если мы не получим эту форму в течение 44 календарных дней с момента поступления апелляции (срок принятия решения), ваш запрос будет отклонен. В таком случае мы пришлем вам письменное уведомление о том, что вы можете обратиться в организацию по проведению независимой экспертизы для обжалования нашего решения.

- **Подать апелляцию, требующую ускоренного рассмотрения, можно в письменной форме или по телефону.** Для этого воспользуйтесь номером, приведенным в разделе 1 главы 2 («Как связаться с нами, чтобы запросить решение о страховом покрытии, подать апелляцию или жалобу относительно медицинского обслуживания»).
- **Апелляцию необходимо подать в течение 60 календарных дней** с даты, указанной в письменном уведомлении о решении. Если вы не успеваете сделать это по уважительной причине, поясните эту причину при подаче апелляции. Мы можем предоставить вам дополнительное время. Уважительной причиной для несоблюдения сроков может быть, например, серьезное заболевание, в результате которого вы не могли связаться с нами, или предоставление с нашей стороны неправильной либо неполной информации о сроках подачи апелляции.
- **Вы можете запросить бесплатную копию данных по вашему медицинскому решению и предоставить дополнительную информацию как еще один аргумент к своей апелляции.**
 - У вас есть право запросить бесплатную копию информации относительно вашей апелляции.
 - При желании вы и ваш врач можете предоставить дополнительную информацию в поддержку апелляции в письменном виде или при личном обращении.

Если ввиду состояния вашего здоровья вам нужен быстрый ответ, подайте «апелляцию с ускоренным рассмотрением» (запрос можно сделать по телефону)

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Юридические термины
«Апелляция с ускоренным рассмотрением» также называется «комплексным срочным пересмотром».

- Если вы подаете апелляцию на решение относительно покрытия услуг по уходу, который вы еще не получили, вы и (или) ваш врач должны решить, насколько целесообразна в вашем случае «апелляция с ускоренным рассмотрением».
- Требования и процедуры в отношении «апелляции с ускоренным рассмотрением» такие же, как и в отношении «ускоренного вынесения решения о страховом покрытии». Чтобы запросить ускоренное рассмотрение апелляции, необходимо соблюсти требования, действующие в отношении запросов об ускоренном вынесении решения о страховом покрытии. (они указаны выше в этом разделе).
- Если ваш врач заявляет, что «апелляция с ускоренным рассмотрением» необходима ввиду состояния вашего здоровья, мы удовлетворим такой запрос.

Если мы сообщили вам о прекращении или сокращении предоставляемых вам медицинских услуг или принадлежностей, возможно, вы сможете продолжать пользоваться этими услугами или принадлежностями в период подачи апелляции.

- Если мы решили изменить или прекратить покрытие услуги или товара, которыми вы пользуетесь, мы отправим вам уведомление, прежде чем принимать такие меры.
- Если вы не согласны с нашим решением, можете подать апелляцию уровня 1. Мы продолжим покрывать услугу или товар, если вы подадите запрос на апелляцию уровня 1 в течение 10 календарных дней с даты, указанной на почтовом штемпеле нашего письма, или до установленного дня вступления решения в силу (в зависимости от того, что наступит позднее).
- Если вы уложите в срок, то сможете пользоваться услугой или товаром как обычно на время рассмотрения апелляции уровня 1. Покрытие всех прочих услуг и товаров (не являющихся предметом апелляции) также продолжится без изменений.

Шаг 2. Мы рассматриваем вашу апелляцию и сообщаем о решении.

- При рассмотрении вашей апелляции мы повторно и внимательно изучаем всю информацию по вашему запросу на покрытие медицинского ухода и проверяем, все ли правила были соблюдены, когда ваш запрос был отклонен.
- К рассмотрению апелляции привлекается эксперт с достаточным клиническим опытом, который не принимал участия в вынесении решения о страховом покрытии. Эксперт, рассматривающий апелляцию, не находится в

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

подчинении у лица, рассматривающего вынесенное решение о страховом покрытии.

- При необходимости будет собрана дополнительная информация. Мы можем связаться с вами или вашим врачом и запросить такую информацию.

Сроки для «апелляции с ускоренным рассмотрением»

- Решение по такой апелляции принимается **в течение 72 часов с момента получения запроса**. Мы предоставим ответ быстрее, если это необходимо в связи с состоянием вашего здоровья.
 - Однако если вам требуется дополнительное время или нам необходимо больше информации, которая может быть использована в ваших интересах, **возможно продление периода рассмотрения на срок до 14 календарных дней** в случае подачи заявки в отношении медицинских товаров и услуг. Если нам потребуется дополнительное время для вынесения решения, мы сообщим вам об этом в письменной форме. Если ваш запрос касается рецептурного препарата, предусмотренного частью В программы Medicare, мы не можем взять дополнительное время на вынесение решения.
 - Если в течение 72 часов или к концу дополнительного срока вы не получите ответ, ваш запрос будет автоматически передан на второй уровень процесса рассмотрения апелляций, где он будет рассмотрен организацией по проведению независимой экспертизы. Далее в этом разделе будет приведено описание этой организации и объяснено, что происходит на уровне 2 процесса рассмотрения апелляций.
- Если мы частично или полностью соглашаемся с вашим требованием, то обязаны выдать разрешение или предоставить оговоренное покрытие в течение 72 часов с момента получения апелляции.
- Если мы частично или полностью откажем по вашей апелляции, мы автоматически направим вашу апелляцию в организацию по проведению независимой экспертизы для рассмотрения апелляции на уровне 2.

Стандартные сроки рассмотрения апелляции

- При рассмотрении апелляции в стандартном порядке мы обязаны дать ответ на ваш запрос в отношении медицинских товаров или услуг **в течение 30 календарных дней** после получения вашей апелляции, если апелляция касается покрытия услуг, которые вы еще не получили. Если ваш запрос касается рецептурного препарата, предусмотренного частью В программы Medicare, который вы еще не получили, мы сообщим вам о принятом решении **в течение 7 календарных дней** с момента получения апелляции. Мы вынесем решение быстрее, если это необходимо в связи с состоянием вашего здоровья.
 - Однако если вам требуется дополнительное время или нам необходимо больше информации, которая может быть использована в ваших

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

интересах, **возможно продление периода рассмотрения на срок до 14 календарных дней** в случае подачи заявки в отношении медицинских товаров и услуг. Если нам потребуется дополнительное время для вынесения решения, мы сообщим вам об этом устно и в письменной форме. Если ваш запрос касается рецептурного препарата, предусмотренного частью В программы Medicare, мы не можем взять дополнительное время на вынесение решения.

- Если вы считаете, что дополнительное время нам **не** нужно, то можете подать жалобу, требующую ускоренного рассмотрения, относительно такого нашего решения. При подаче такой жалобы вы получите ответ в течение 24 часов. (дополнительная информация о процедуре подачи жалоб, в том числе жалоб, требующих ускоренного рассмотрения, указана в **разделе 11** этой главы).
- Если вы не получите ответ до окончания указанного выше срока или до конца дополнительного срока (в случае если мы продлили время рассмотрения вашего запроса, касающегося медицинских товаров или услуг), мы передадим вашу апелляцию на 2 уровень процесса рассмотрения. Затем организация по проведению независимой экспертизы рассмотрит его. Далее в этом разделе будет приведено описание этой организации и объяснено, что происходит на уровне 2 процесса рассмотрения апелляций.
- **Если мы частично или полностью соглашаемся с вашим требованием**, то обязаны выдать разрешение или предоставить оговоренное покрытие в течение 30 календарных дней или **в течение 7 календарных дней** (если ваш запрос касается рецептурного препарата, предусмотренного частью В программы Medicare) с момента получения апелляции.
- **Если мы частично или полностью откажем по вашей апелляции**, мы автоматически направим вашу апелляцию в организацию по проведению независимой экспертизы для рассмотрения апелляции на уровне 2.

Шаг 3. Если мы полностью или частично отклоняем вашу апелляцию, у вас есть право на подачу дополнительных апелляций.

Если выносятся отрицательное решение в отношении всех или некоторых ваших требований, мы сообщим об этом в письме.

- Если ваш запрос касается услуги или товара, покрываемых программой Medicare, то в письме будет указано, что ваше дело передано в организацию по проведению независимой экспертизы для рассмотрения апелляции на втором уровне. Вы должны пройти все этапы процесса рассмотрения апелляций на уровне 1, прежде чем переходить к уровню 2.
- Если ваша проблема касается услуги или товара, покрываемых программой MassHealth (Medicaid), то в письме будет сказано, как можно подать апелляцию

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

второго уровня самостоятельно.

Раздел 6.4 Пошаговая инструкция: Как рассматривается апелляция уровня 2

Если выносятся отрицательное решение в отношении всех или некоторых ваших требований в апелляции уровня 1, мы отправим вам соответствующее письмо. В письме будет сказано, покрывается ли обычно запрашиваемая услуга или товар в рамках Medicare или MassHealth (Medicaid) (или обеих программ).

- Если ваша апелляция касается услуги или товара, обычно **покрываемых программой Medicare**, то сразу после вынесения решения на уровне 1, мы автоматически передадим вашу апелляцию для рассмотрения на уровне 2.
- Если ваша проблема касается услуги или товара, обычно **покрываемых программой MassHealth (Medicaid)**, то апелляцию уровня 2 вы можете подать самостоятельно. В письме будет указано, как это сделать. Также эта информация приведена ниже.
- Если ваша проблема касается услуги или товара, **покрываемых одновременно программами Medicare и MassHealth (Medicaid)**, то рассмотрение автоматически производится на уровне 2 с привлечением организации по проведению независимой экспертизы. Вы также можете подать запрос на проведение беспристрастного разбирательства на уровне штата.

Если ваш случай соответствовал критериям для получения льгот во время рассмотрения апелляции уровня 1, вы можете по-прежнему получать льготы (услугу, принадлежность или препарат) в ходе рассмотрения апелляции уровня 2. Подробнее о сохранении льгот во время рассмотрения апелляций уровня 1 см. на стр.

- Если ваша проблема касается услуги, обычно покрываемой только программой Medicare, то такая услуга вам не будет предоставляться в ходе рассмотрения апелляции уровня 2 организацией по проведению независимой экспертизы.
- Если ваша проблема касается услуги, обычно покрываемой программой MassHealth (Medicaid), то такая услуга будет вам предоставляться, если вы подадите апелляцию уровня 2 в течение 10 календарных дней после получения письма с решением от представителей плана.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Ваша проблема касается услуги или товара, обычно покрываемых программой Medicare

Шаг 1. Организация по проведению независимой экспертизы рассматривает вашу апелляцию.

- Эту организацию нанимает Medicare. Она не связана с нами и не является правительственной организацией. Ее выбирает Medicare для выполнения работ в качестве организации по проведению независимой экспертизы. Контролирует ее деятельность также Medicare.
- Мы направим информацию о вашей апелляции в эту организацию. Такая информация называется «материалами по вашему делу». **Вы имеете право попросить, чтобы вам бесплатно предоставили копию материалов по вашему делу.**
- У вас есть право предоставить сотрудникам организации по проведению независимой экспертизы дополнительную информацию в поддержку апелляции.
- Эксперты тщательно изучат всю информацию, связанную с вашей апелляцией.

Если вы подавали «апелляцию с ускоренным рассмотрением» уровня 1, независимая организация будет рассматривать ее как «апелляцию с ускоренным рассмотрением» уровня 2.

- Если вы подавали апелляцию с ускоренным рассмотрением уровня 1, ей автоматически будет присвоен статус апелляции с ускоренным рассмотрением уровня 2. Организация, рассматривающая ваш вопрос, обязана дать ответ на апелляцию уровня 2 **в течение 72 часов** с момента получения апелляции.
- Если ваш запрос касается медицинских товаров или услуг и если организации по проведению независимой экспертизы необходимо собрать дополнительные сведения, которые могут быть использованы в ваших интересах, **возможно продление периода рассмотрения на срок до 14 календарных дней**. Если ваш запрос касается рецептурного препарата, предусмотренного частью В программы Medicare, то независимая организация не может взять дополнительное время на вынесение решения.

Если вы подавали «стандартную апелляцию» уровня 1, независимая организация будет рассматривать ее как «стандартную апелляцию» уровня 2.

- Если вы подавали «стандартную апелляцию» уровня 1, ей автоматически будет присвоен статус «стандартной апелляции» уровня 2.
- Если ваш запрос касается медицинских товаров или услуг, то организация, рассматривающая ваш вопрос, обязана дать ответ на апелляцию уровня 2 **в течение 30 календарных дней** с момента получения апелляции.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Если ваш запрос касается рецептурного препарата, предусмотренного частью В программы Medicare, то организация, рассматривающая ваш вопрос, обязана дать ответ на апелляцию уровня 2 **в течение 7 календарных дней** с момента получения апелляции.
- Однако если ваш запрос касается медицинских товаров или услуг и если организации по проведению независимой экспертизы необходимо собрать дополнительные сведения, которые могут быть использованы в ваших интересах, **возможно продление периода рассмотрения на срок до 14 календарных дней**. Если ваш запрос касается рецептурного препарата, предусмотренного частью В программы Medicare, то независимая организация не может взять дополнительное время на вынесение решения.

Шаг 2. Организация по проведению независимой экспертизы сообщает о своем решении.

Независимая организация уведомит вас о своем решении в письменной форме и объяснит мотивы.

- **Если организация, рассматривающая ваш вопрос, частично либо полностью удовлетворит вашу апелляцию в отношении медицинских товаров или услуг, то мы обязаны:**
 - выдать разрешение на покрытие медицинского ухода **в течение 72 часов** или
 - предоставить услугу в течение **14 календарных дней** после получения решения организации по проведению независимой экспертизы по **стандартным заявкам** или
 - предоставить услугу в течение **72 часов** после получения решения организации по проведению независимой экспертизы по **срочным заявкам**.
- **Если организация по проведению независимой экспертизы частично либо полностью удовлетворит вашу апелляцию в отношении рецептурного препарата, предусмотренного частью В программы Medicare, то мы обязаны:**
 - выдать разрешение или предоставить оспариваемый рецептурный препарат, предусмотренный частью В программы Medicare, **в течение 72 часов** после получения решения организации по проведению независимой экспертизы по **стандартным заявкам** или
 - **в течение 24 часов** после получения решения организации по проведению независимой экспертизы по **срочным заявкам**.
- **Если организация по проведению независимой экспертизы частично или полностью отклоняет вашу апелляцию, это значит, что она согласна с решением плана об отказе в покрытии. (Это называется «поддержкой решения» или «отклонением апелляции».)**

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Шаг 3. Если ваш случай соответствует требованиям, можно подать еще одну апелляцию.
- После уровня 2 есть еще три уровня рассмотрения апелляций (всего их пять).
- Если апелляция уровня 2 отклонена, но ваша ситуация соответствует требованиям, когда возможно продолжение разбирательства, вы должны решить, стоит ли это делать и подавать третью апелляцию. Подробности этой процедуры будут изложены в письменном уведомлении, которое вы получите после рассмотрения апелляции уровня 2.
- Апелляция уровня 3 рассматривается судьей по административным делам или адьюдикатором. В **разделе 10** этой главы представлена дополнительная информация о процедуре рассмотрения апелляций уровня 3, 4 и 5. Более подробную информацию см. в **разделе 10** этой главы.

Юридические термины
Официальное название организации по проведению независимой экспертизы, которая рассматривает дела по программе Medicare — субъект проведения независимой проверки (Independent Review Entity — IRE).

Ваша проблема касается услуги или товара, обычно покрываемых программой MassHealth (Medicaid)

Шаг 1. Вы можете подать запрос на проведение беспристрастного разбирательства на уровне штата.

- Уровень 2 процесса рассмотрения апелляций в отношении услуг, обычно покрываемых программой MassHealth (Medicaid), представляет собой беспристрастное разбирательство на уровне штата. Вы должны подать запрос на проведение беспристрастного разбирательства в письменном виде или по телефону **в течение 120 календарных дней** с даты направления нашего письма с решением по вашей апелляции уровня 1. Из полученного от нас письма вы узнаете, кому подать запрос на проведение разбирательства.
- Чтобы вашу апелляцию рассматривал Совет слушаний, необходимо подать запрос на объективное разбирательство в MassHealth (Medicaid) не позже чем через 30 календарных дней с даты отправки вам письменного уведомления от плана Senior Care Options Program об отказе в покрытии.
- Запрос с копией окончательного уведомления об отказе плана необходимо отправить по следующему адресу:

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Executive Office of Health & Human Services — Office of Medicaid Board of Hearings

100 Hancock Street, 6th Floor Quincy, MA 02171

Или по факсу: (617) 847-1204

Сохраните один экземпляр запроса о проведении объективного разбирательства для справки.

- Чтобы получить форму запроса о проведении объективного разбирательства и дополнительную информацию о правах касательно подачи апелляции, обратитесь в Совет слушаний (Board of Hearings) по телефону 617-847-1200 или 1-800-655-0338. Форма также доступна на сайте www.mass.gov/eohhs/docs/masshealth/appforms/fair-hearing.pdf.
- Если ваша апелляция рассматривалась в срочном порядке на этапе внутреннего разбирательства (апелляция 1 уровня), предусмотренного нашим планом, Совет слушаний должен получить ваш запрос на объективное разбирательство в течение 20 календарных дней с даты отправки вам изначального письменного отказа плана Senior Care Options Program в покрытии, срочное рассмотрение которого запрашивалось у Совета слушаний. Однако если Совет слушаний получит ваш запрос на объективное разбирательство через 21–30 календарных дней с даты отправки вам изначального письменного уведомления плана об отказе в покрытии, Совет рассмотрит апелляцию в стандартные сроки.
- Во время рассмотрения дела в Совете слушаний вы можете продолжить пользоваться услугами, в отношении которых вами подается апелляционная жалоба. Чтобы продолжить получать соответствующие услуги во время апелляционного процесса, вам следует подать апелляционный запрос в Совет слушаний не позднее десяти (10) календарных дней с даты отправки вам планом Senior Care Options Program решения по апелляции. Вы должны сообщить Совету слушаний, что желаете продолжать получать услугу, в отношении которой вами подана апелляционная жалоба. Если вы продолжите получать соответствующие услуги на протяжении апелляционного процесса в Совете слушаний, на вас может быть возложена ответственность по оплате стоимости этих услуг. Вы также можете не продолжать получение услуг в процессе рассмотрения вашей апелляции.

Шаг 2. Управление по объективным разбирательствам сообщает о своем решении.

Управление по объективным разбирательствам уведомит вас о своем решении в письменной форме и объяснит мотивы.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Если Управление по объективным разбирательствам частично либо полностью удовлетворит ваш запрос в отношении медицинских товаров или услуг, то мы обязаны выдать разрешение или предоставить услугу или товар в течение 72 часов после получения нами решения Управления по объективным разбирательствам.
- Если Управление по объективным разбирательствам частично или полностью отклоняет вашу апелляцию, то оно согласно с решением плана об отказе в покрытии. (Это называется «поддержкой решения» или «отклонением апелляции»).

Если по всем или некоторым пунктам моего заявления было вынесено отрицательное решение, могу ли я подать еще одну апелляцию?

Если организация по проведению независимой экспертизы или Управление по объективным разбирательствам принимает отрицательное решение по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, у вас **есть право на подачу дополнительных апелляций**.

Если ваша апелляция уровня 2 поступила на рассмотрение в **организацию по проведению независимой экспертизы**, вы можете подать апелляцию повторно, только если стоимость необходимой вам услуги или товара в долларовом эквиваленте составляет не менее установленной минимальной суммы. Апелляция уровня 3 рассматривается судьей по административным делам или адьюдикатором. **В письме от организации по проведению независимой экспертизы будут разъяснены ваши права на подачу дополнительных апелляций.**

В письме от Управления по объективным разбирательствам будут даны разъяснения по варианту подачи дальнейшей апелляции.

Более подробную информацию о вашем праве на рассмотрение апелляции на уровнях, следующих за уровнем 2, см. в **разделе 10** этой главы.

Раздел 6.5	Как подать запрос на возмещение затрат по предоставленному счету за медицинские услуги
-------------------	---

Если вы хотите, чтобы мы возместили стоимость медицинского ухода, для начала прочитайте главу 6 данной брошюры: *«Подача запроса об оплате предоставленного счета за покрываемые медицинские услуги или препараты»*. В главе 6 содержится описание ситуаций, когда у вас может возникнуть необходимость обратиться к нам с просьбой о возмещении расходов или оплате счетов, полученных от поставщика медицинских услуг. В ней также разъясняется, как отправить нам документы с требованием об оплате.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Требование возмещения — это обращение относительно вынесения решения о страховом покрытии

Если вы отправите нам документы с требованием о возмещении, это значит, что вы просите вынести решение о страховом покрытии (дополнительную информацию об этом см. в разделе 5.1 этой главы). Прежде чем принять такое решение, мы проверим, покрываются ли услуги по медицинскому уходу, которые вы оплатили (см. главу 4 «*Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)*»). Мы также проверим, следовали ли вы всем правилам использования покрытия услуг по медицинскому уходу (они указаны в главе 3 данной брошюры: «*Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана*»).

Запрос на возмещение уже понесенных вами затрат

Если вы отправите нам документы с требованием о возмещении, это значит, что вы просите вынести решение о страховом покрытии (дополнительную информацию об этом см. в разделе 5.1 этой главы).

Мы не можем напрямую компенсировать вам расходы на услуги или товары в рамках программы **MassHealth (Medicaid)**. Если вы получили счет на оплату услуг или препаратов MassHealth (Medicaid), пришлите его нам. **Вы не должны оплачивать счет самостоятельно.** Мы напрямую свяжемся с поставщиком медицинских услуг и решим проблему. Но если вы оплатили счет, вы можете получить возмещение средств от этого поставщика медицинских услуг, если вы следовали правилам получения услуг и товаров.

Если вы хотите получить от нас компенсацию стоимости услуги или товара в рамках программы **Medicare** или если вы просите нас оплатить поставщику медицинских услуг стоимость уже оплаченных вами услуги или товара в рамках программы MassHealth (Medicaid), это значит, что вы просите вынести решение о страховом покрытии. Прежде чем принять такое решение, мы проверим, покрываются ли услуги по медицинскому уходу, которые вы оплатили (см. главу 4 «*Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)*»). Мы также проверим, следовали ли вы всем правилам использования покрытия услуг по медицинскому уходу (они указаны в главе 3 данной брошюры: «*Получение медицинских и других покрываемых услуг в рамках плана*»).

Мы вынесем положительное или отрицательное решение по вашему запросу

- Если оплаченный вами медицинский уход покрывается и вы следовали всем правилам, мы направим вам соответствующий платеж в течение 60 календарных дней с момента получения вашего запроса.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Если оплаченный вами медицинский уход Medicare покрывается, мы направим вам соответствующий платеж в течение 60 календарных дней с момента получения вашего запроса.
 - Если медицинский уход MassHealth (Medicaid), оплаченный вами поставщику медицинских услуг, покрывается и вы считаете, что мы должны возместить его стоимость поставщику медицинских услуг, мы направим вашему поставщику медицинских услуг соответствующий платеж в течение 60 календарных дней с момента получения вашего запроса.
 - Затем вам потребуется обратиться к вашему поставщику медицинских услуг и запросить возврат средств. Если вы не оплачивали услуги, мы отправим платеж непосредственно поставщику медицинских услуг. (Если мы отправляем платеж, это значит, что ваш запрос на решение о покрытии удовлетворен.)
- Если медицинское обслуживание **не** покрывается или вы **не** выполнили все требования, мы не возместим ваши затраты, но отправим вам письмо с соответствующим уведомлением и разъяснением причин отказа. (Если мы отклоняем запрос на оплату, это значит, что в покрытии отказано.)

Что делать, если вы запросили платеж, а мы отказываемся его выполнить

Если вы не согласны с нашим решением, **вы можете подать апелляцию**. Таким образом вы обращаетесь к нам с просьбой изменить вынесенное решение об отказе в удовлетворении вашего запроса о платеже.

Процедура подачи апелляции описана в разделе 5.3 этой главы. Пошаговые инструкции можно найти в этом разделе. При выполнении этих указаний помните:

- Если вы подаете апелляцию относительно возмещения, мы обязаны дать ответ в течение 30 календарных дней после ее получения (если вы требуете возместить стоимость услуг по медицинскому уходу, которые вы уже получили или оплатили самостоятельно, то не можете подавать апелляцию с ускоренным рассмотрением).
- Если организация по проведению независимой экспертизы отменит наше решение по отказу в платеже, мы обязаны направить запрошенный платеж вам или поставщику медицинских услуг в течение 30 календарных дней. Если по вашей апелляции вынесено положительное решение на любом этапе процедуры рассмотрения после уровня 2, мы обязаны направить запрошенный платеж вам или поставщику медицинских услуг в течение 60 календарных дней.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

РАЗДЕЛ 7 Отпускаемые по рецепту препараты, которые покрываются по части D: Как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии или апелляцию



Вы ознакомились с разделом 5 этой главы (Решения о страховом покрытии и апелляции: основные сведения)? Если нет, просмотрите сначала его содержание.

Раздел 7.1	В этом разделе описано, что делать, если у вас возникла проблема с покрытием препаратов, предусмотренных частью D, и как получить возмещение их стоимости
-------------------	--

Для вас как участника нашего плана покрываются многие рецептурные препараты. См. *Список покрываемых препаратов (Формуляр)* (сокращенно — «Список препаратов»).

Покрываются одобренные по медицинским показаниям препараты. (Одобренный по медицинским показаниям препарат — лекарство, утвержденное Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов либо рекомендованное в определенных справочниках. Дополнительную информацию об одобренных по медицинским показаниям препаратах см. в разделе 3 главы 5.)

- **Этот раздел посвящен только препаратам, покрываемым по части D.** Для простоты в оставшейся части раздела вместо фраз «покрываемый амбулаторный рецептурный препарат» или «препарат, покрываемый по части D» используется слово «препарат».
- Подробная информация о лекарствах, покрываемых по части D, Список препаратов, сведения о стоимости, а также правила и ограничения покрытия приведены в главе 5 («*Страховое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D*») и главе 6 («*Подача запроса об оплате счета за покрываемые медицинские услуги или препараты*»).

Решения и апелляции относительно покрытия препаратов, покрываемых по части D

Как уже указывалось в разделе 5 этой главы, решение о страховом покрытии — это заключение, которое принимается относительно ваших льгот и покрытия или суммы, которая будет уплачена за полученные препараты.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Юридические термины

Первоначальное решение о страховом покрытии препаратов, покрываемых по части D, называется «**заключением о страховом покрытии**».

Приведем примеры решений о страховом покрытии, которые запрашиваются относительно препаратов, покрываемых по части D.

- Вы обращаетесь к нам с просьбой об исключении, в частности:
 - предоставить покрытие препарата по части D, который отсутствует в списке препаратов нашего плана;
 - отменить ограничение по покрытию планом препарата (например, ограничение количества препарата, которое вы можете получить).
- Вы обращаетесь к нам, чтобы выяснить, предоставляется ли покрытие препарата для вас и выполнены ли требования для предоставления покрытия. Например, если лекарство есть в Списке препаратов плана, но для его покрытия требуется наше предварительное разрешение.
 - **ПРИМЕЧАНИЕ:** Если в вашей аптеке утверждают, что ваш препарат нельзя получить, как указано в рецепте, то аптека направит вам письменное уведомление с разъяснением, как можно с нами связаться и запросить решение о страховом покрытии.
- Вы просите возместить стоимость препарата, отпускаемого по рецепту, который уже купили. Это запрос решения о страховом покрытии относительно платежа.

Если вы будете не согласны с таким решением, то можете подать апелляцию.

В этом разделе описано, как подать запрос на решение о страховом покрытии и апелляцию. С помощью следующей таблицы определите, в какой части данной главы указана информация, которой можно воспользоваться для разрешения вашей ситуации.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

В какой из следующих ситуаций вы находитесь?

Ситуация	Возможные действия
Вам необходим препарат, которого нет в нашем Списке препаратов, или вы хотите, чтобы мы отменили правило или ограничение для покрываемого препарата.	Можно обратиться к нам с просьбой сделать для вас исключение (это тип вынесения решения о страховом покрытии). Сначала ознакомьтесь с разделом 7.2 этой главы.
Вы хотите, чтобы мы покрыли препарат, который входит в наш Список препаратов, и уверены, что в вашем случае соблюдены все правила и выдержаны ограничения плана (например, есть предварительное разрешение) для получения требуемого препарата.	Вы можете подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии. Перейдите к разделу 7.4 этой главы.
Вы хотите обратиться к нам с просьбой о возмещении стоимости препарата, который вы уже получили и оплатили.	Вы можете обратиться к нам с запросом о возмещении стоимости (это тип вынесения решения о страховом покрытии). Перейдите к разделу 7.4 этой главы.
Мы уже сообщали вам, что не предоставим покрытие и не оплатим препарат так, как вы находите нужным.	Вы можете подать апелляцию (это значит, что вы просите нас пересмотреть вынесенное решение). Перейдите к разделу 7.5 этой главы.

Раздел 7.2. Что такое исключение

Если препарат покрывается не так, как вы находите нужным, можно обратиться к нам с просьбой об исключении. Исключение — это тип решения о страховом покрытии. Как и в случаях с другими типами решений о страховом покрытии, при отклонении запроса на исключение можно подать апелляцию.

Если вам необходимо, чтобы мы сделали исключение, ваш врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты, должен будет предоставить медицинские обоснования. После этого мы рассмотрим ваш запрос. Рассмотрим примеры исключений, о которых вы, ваш врач или другой специалист, имеющий право назначать препараты, может попросить нас.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)**1. Покрытие препарата, предусмотренного частью D, который не входит в наш Список покрываемых препаратов.****Юридические термины**

Запрос на покрытие препарата, которого нет в Списке препаратов, иногда называется просьбой об **«исключении из правил формуляра»**.

2. Отмена ограничения на покрытие оплачиваемого препарата. Существуют дополнительные правила и ограничения, действующие в отношении определенных препаратов, входящих в Список препаратов плана (дополнительную информацию см. в разделе 4 главы 5).**Юридические термины**

Просьба об отмене ограничения на покрытие препарата иногда называется запросом на **«исключение из правил формуляра»**.

- К этим дополнительным правилам и ограничениям покрытия для определенных препаратов относятся следующие.
 - Обязательное использование дженерика вместо фирменного препарата.
 - Получение разрешения плана до выдачи нами согласия на покрытие препарата (в некоторых случаях это называется «предварительным разрешением»).
 - Проверка эффективности другого препарата до выдачи нами согласия на покрытие запрашиваемого препарата (в некоторых случаях это называется «поэтапным лечением»).
 - *Количественные ограничения.* На некоторые препараты установлены ограничения по количеству отпускаемого препарата.

Раздел 7.3. Важная информация о подаче запроса на исключение**Ваш врач должен предоставить медицинское обоснование**

Врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты, должен предоставить нам медицинские обоснования по требуемому исключению. Такую медицинскую информацию необходимо указать, если требуется более быстрое принятие решения.

Как правило, в Списке препаратов предусмотрено более одного препарата для лечения какого-либо заболевания. Эти различные варианты называются «альтернативными»

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

препаратами. Если альтернативный препарат так же эффективен, как и запрашиваемый, и не вызывает дополнительных побочных эффектов или других проблем со здоровьем, обычно мы **отклоняем** запрос. Если вы запрашиваете препарат, исключенный из формуляра по распределению затрат, в большинстве случаев мы **не** одобрим ваш запрос на исключение, кроме ситуаций, когда альтернативные препараты из более низкого уровня (уровней) разделения затрат менее эффективны для вас или существует вероятность возникновения у вас нежелательной реакции или вреда для здоровья.

Мы можем вынести положительное или отрицательное решение по вашему запросу

- Если мы выносим положительное решение по вашему запросу на исключение, как правило, оно действительно до конца года действия плана. Принятое решение остается в силе до тех пор, пока ваш врач продолжает выписывать этот препарат, а само лекарственное средство не становится опасным или неэффективным для лечения вашего заболевания.
- Если мы вынесем отрицательное решение по вашему запросу об исключении, вы можете обратиться с просьбой о пересмотре нашего решения, подав апелляцию. В разделе 7.5 этой главы описано, как это сделать.

В следующем разделе указано, как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии, в том числе об исключении.

Раздел 7.4	Пошаговая инструкция: Как подать запрос на вынесение решения о страховом покрытии, в том числе об исключении
-------------------	---

Шаг 1. Вы подаете запрос о вынесении решения о страховом покрытии препаратов или платежа. Если по состоянию здоровья вам нужен быстрый ответ, вы должны попросить нас об **«ускоренном вынесении решения о страховом покрытии»**. **Вы не можете запрашивать «ускоренное вынесения решения о страховом покрытии» уже приобретенного препарата.**

Порядок действий

- **Укажите тип решения о страховом покрытии, которое вы запрашиваете.** Подайте запрос по телефону, почте или факсу. Это можете сделать и вы лично, и ваш представитель или врач (либо другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты). С процедурой подачи запроса о вынесении решения о страховом покрытии можно ознакомиться на нашем сайте. Подробная информация указана в разделе 1 главы 2 («Как связаться с нами, чтобы запросить решение о страховом покрытии или подать жалобу относительно рецептурных препаратов, покрываемых по части D»). Сведения о подаче запроса на возмещение затрат на препараты можно найти в разделе

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

«Куда обращаться касательно компенсации расходов на медицинское обслуживание или приобретенные препараты».

- **Вы, ваш врач или другое лицо, действующее от вашего имени,** можете запросить решение о страховом покрытии. В разделе 5.2 этой главы описано, как предоставить другому лицу письменное разрешение действовать в качестве вашего представителя. Вы также можете нанять адвоката, который будет действовать от вашего имени.
- **Чтобы подать запрос на возмещение затрат на препарат,** сначала ознакомьтесь с главой 6 этой брошюры: *«Подача запроса об оплате предоставленного счета за покрываемые медицинские услуги или препараты».* В главе 6 описаны ситуации, в которых вам, возможно, потребуется обратиться с требованием возмещения. В ней также описано, как отправить нам документы с требованием возмещения нашей части стоимости препарата, за который вы уже заплатили.
- **Если вы просите об исключении, предоставьте «обосновывающее заявление».** Ваш врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты, должен предоставить нам медицинское обоснование необходимости исключения (мы называем такой документ «обосновывающим заявлением»). Ваш врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты, может отправить это заявление нам по почте или факсу или сначала просто сообщить об этом по телефону, а затем при необходимости все-таки отправить его. Подробную информацию о подаче запросов на исключение можно найти в разделах 7.2 и 7.3 этой главы.
- **Мы обязаны принимать любые письменные запросы,** в том числе поданные на сайте с помощью модельной CMS-формы запроса решения о страховом покрытии.

Если это необходимо ввиду состояния вашего здоровья, попросите об «ускоренном вынесении решения о страховом покрытии».

Юридические термины

«Ускоренное вынесение решения о страховом покрытии» называется «срочным заключением о страховом покрытии».

- При рассмотрении запроса мы ориентируемся на «стандартные» сроки, если не согласовано «срочное» вынесение решения. Стандартные сроки вынесения решения о покрытии — в течение 72 часов с момента получения заявления от вашего врача. Срочное вынесение решения о страховом покрытии означает, что вы получите ответ в течение 24 часов после получения заявления от вашего врача.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Для срочного вынесения решения о страховом покрытии необходимо соблюсти два критерия:
 - Решение выносится по ускоренной процедуре, **только** если **вы еще не получили препарат**. Вы не можете запрашивать срочное вынесение решения о страховом покрытии уже приобретенного препарата.
 - Решение о страховом покрытии может быть вынесено в срочном порядке, **только** если при соблюдении стандартного срока рассмотрения **существует риск причинения серьезного вреда вашему здоровью или жизнедеятельности**.
- Если ваш врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты, подтвердит, что состояние вашего здоровья требует «срочного вынесения решения о страховом покрытии», вы автоматически получите на это согласие.
- Если вы самостоятельно подаете запрос на срочное вынесение решения о страховом покрытии (без обращения врача или другого специалиста, у которого есть право назначать рецептурные препараты), мы определим, требуется ли оно вам ввиду состояния здоровья.
 - Если мы установим, что состояние вашего здоровья не требует срочного вынесения решения о страховом покрытии, то отправим вам соответствующее уведомление и рассмотрим запрос в стандартные сроки.
 - В этом письме мы также сообщим, что если врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты, запросит срочное вынесение решения о страховом покрытии, то мы автоматически вынесем запрошенное решение в срочном порядке.
 - В письме будет разъяснено, как подать жалобу относительно вынесения решения о страховом покрытии в стандартные сроки, а не в срочном порядке, как вы запрашивали, а также жалобу, требующую срочного рассмотрения, ответ на которую должен быть предоставлен в течение 24 часов с момента ее получения представителями плана. (Процедура подачи жалобы отличается от процедуры запроса решения о страховом покрытии и подачи апелляции. Дополнительная информация о подаче жалоб представлена в разделе 11 этой главы.)

Шаг 2. Мы рассматриваем ваш запрос и сообщаем о решении.

Сроки принятия решения о страховом покрытии в срочном порядке

- Если мы проводим срочное рассмотрение, мы должны предоставить вам ответ **в течение 24 часов**.
 - Как правило, имеются в виду 24 часа с момента получения нами вашего запроса. Если вы просите об исключении, то мы ответим вам в течение 24 часов с момента получения нами заявления от вашего

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

врача, обосновывающего ваш запрос. Мы дадим ответ быстрее, если это необходимо ввиду состояния вашего здоровья.

- Если мы не успеем сделать это в установленный срок, то обязаны определить ваш запрос как апелляцию уровня 2, и тогда он будет рассмотрен организацией по проведению независимой экспертизы. В **разделе 7.6** этой главы приведено описание этой организации и объяснено, что происходит на уровне 2 процесса рассмотрения апелляций.
- **Если мы частично или полностью соглашаемся с вашим требованием**, то обязаны предоставить соответствующее покрытие в течение 24 часов с момента получения вашего запроса или заявления врача, обосновывающего его.
- **Если ваше требование отклоняется частично или полностью**, то мы пришлем объяснение в письменной форме с информацией о причинах вынесения решения об отказе. Мы также разъясним вам, как подать апелляцию.

Стандартные сроки вынесения решения о страховом покрытии препарата, который вы еще не получили

- По стандартной процедуре решение о страховом покрытии принимается **в течение 72 часов**.
 - Как правило, имеются в виду 72 часа с момента получения нами вашего запроса. Если вы просите об исключении, то мы ответим вам в течение 72 часов с момента получения нами заявления от вашего врача, обосновывающего ваш запрос. Мы дадим ответ быстрее, если это необходимо ввиду состояния вашего здоровья.
 - Если мы не успеем сделать это в установленный срок, то обязаны определить ваш запрос как апелляцию уровня 2, и тогда он будет рассмотрен организацией по проведению независимой экспертизы. В **разделе 7.6** этой главы приведено описание этой организации и объяснено, что происходит на уровне 2 процесса рассмотрения апелляций.
- **Если мы даем положительный ответ по всем или по некоторым пунктам вашего запроса**
 - Если мы соглашаемся с вашим требованием, то должны **предоставить оговоренное покрытие в течение 72 часов** с момента получения вашего запроса или заявления врача, обосновывающего его.
- **Если ваше требование отклоняется частично или полностью**, то мы пришлем объяснение в письменной форме с информацией о причинах вынесения отрицательного решения. Мы также разъясним вам, как подать апелляцию.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)***Стандартные сроки вынесения решения о страховом покрытии стоимости препарата, который вы уже приобрели***

- Решение принимается **в течение 14 календарных дней** с момента получения запроса.
 - Если мы не успеем сделать это в установленный срок, то обязаны определить ваш запрос как апелляцию уровня 2, и тогда он будет рассмотрен организацией по проведению независимой экспертизы. В **разделе 7.6** этой главы приведено описание этой организации и объяснено, что происходит на уровне 2 процесса рассмотрения апелляций.
- Если мы **частично или полностью соглашаемся с вашим требованием**, то обязаны уплатить оговоренную сумму в течение 14 календарных дней с момента получения запроса.
- Если ваше **требование отклоняется частично или полностью**, то мы пришлем объяснение в письменной форме с информацией о причинах вынесения отрицательного решения. Мы также разъясним вам, как подать апелляцию.

Шаг 3. В случае отклонения запроса на покрытие можно подать апелляцию.

- Если ваш запрос был отклонен, у вас есть право подать апелляцию. Запрос апелляции — это просьба о пересмотре и возможном изменении вынесенного нами решения.

Раздел 7.5**Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию уровня 1 (как попросить о пересмотре вынесенного планом решения о страховом покрытии)****Юридические термины**

Апелляция, которая подается в план на решение о страховом покрытии препаратов, покрываемых по части D, называется «**повторным заключением**».

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 1. Вы связываетесь с нами и подаете апелляцию уровня 1. Если ввиду состояния вашего здоровья требуется срочно получить ответ, можно подать «апелляцию с ускоренным рассмотрением».

Порядок действий

- **Чтобы подать апелляцию, вы (ваш представитель, врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты) должны обратиться к нам.**
 - Информация о том, как можно связаться с нами по телефону, факсу, почте или через сайт, если у вас возникли вопросы по апелляции, приводится в разделе 1 главы 2 («Как связаться с нами, чтобы подать апелляцию относительно отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D»).
- **Подавать стандартную апелляцию необходимо в письменном виде.** Апелляцию также можно подать по телефону, указанному в разделе 1 главы 2 («Как связаться с нами, чтобы подать апелляцию относительно отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D»).
- **«Апелляцию с ускоренным рассмотрением» можно подать в письменном виде или по телефону, указанному в разделе 1 главы 2 («Как связаться с нами, чтобы подать апелляцию относительно отпускаемых по рецепту препаратов, предусмотренных частью D»).**
- **Мы обязаны принимать любые письменные запросы,** в том числе поданные на сайте с помощью типовой формы запроса на вынесение решения о страховом покрытии центров обеспечения услуг CMS.
- **Апелляцию необходимо подать в течение 60 календарных дней** с даты, указанной в письменном уведомлении о решении. Если вы не успеваете сделать это по уважительной причине, мы можем предоставить вам дополнительное время. Уважительной причиной для несоблюдения сроков может быть, например, серьезное заболевание, в результате которого вы не могли связаться с нами, или предоставление с нашей стороны неправильной либо неполной информации о сроках подачи апелляции.
- **Вы можете запросить копии документов, содержащихся в вашем деле об апелляции, и добавить в него дополнительные сведения.**
 - У вас есть право запросить копию информации относительно вашей апелляции.
 - При желании вы и ваш врач или другой специалист, у которого есть право назначать препараты, можете предоставить дополнительную информацию, обосновывающую вашу апелляцию.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Если по состоянию здоровья вам нужен быстрый ответ, подайте «апелляцию с ускоренным рассмотрением»

Юридические термины
«Апелляция с ускоренным рассмотрением» также называется «срочным повторным заключением».

- Если вы подаете апелляцию по решению, вынесенному нами относительно покрытия препарата, который вы еще не получили, вы и ваш врач или другой специалист, у которого есть право назначать рецептурные препараты, должны решить, следует ли подавать «апелляцию с ускоренным рассмотрением».
- Требования для нее такие же, как и для «ускоренного вынесения решения о страховом покрытии» (раздел 7.4 этой главы).

Шаг 2. Мы рассматриваем вашу апелляцию и сообщаем о решении.

- При рассмотрении вашей апелляции мы повторно и внимательно изучаем всю информацию по вашему запросу на покрытие и проверяем, все ли правила были соблюдены, когда ваш запрос был отклонен. Мы можем связаться с вами, вашим врачом или другим специалистом, у которого есть право назначать рецептурные препараты, и запросить дополнительную информацию.

Сроки для «апелляции с ускоренным рассмотрением»

- Решение по «апелляции с ускоренным рассмотрением» принимается **в течение 72 часов с момента ее получения**. Мы дадим ответ быстрее, если это необходимо ввиду состояния вашего здоровья.
 - Если мы не успеваем ответить в течение 72 часов, то обязаны определить ваш запрос как апелляцию уровня 2, и тогда он будет рассмотрен организацией по проведению независимой экспертизы. В **разделе 7.6** этой главы приведено описание этой организации и объяснено, что происходит на уровне 2 процесса рассмотрения апелляций.
- Если мы частично или полностью соглашаемся с вашим требованием, то обязаны предоставить оговоренное покрытие в течение 72 часов с момента получения апелляции.
- Если ваше требование отклоняется частично или полностью, то мы пришлем объяснение в письменной форме с информацией о причинах вынесения отрицательного решения и о том, как подать апелляцию.

Стандартные сроки рассмотрения апелляции

- Решение по стандартной апелляции принимается **в течение 7 календарных дней** с момента ее получения. Мы вынесем решение быстрее, если вы еще не получили препарат и это необходимо ввиду состояния вашего здоровья. Если

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

вы полагаете, что по состоянию здоровья вам нужен быстрый ответ, подайте «апелляцию с ускоренным рассмотрением».

- Если мы не успеваем вынести решение в течение 7 календарных дней, то обязаны передать ваш запрос на уровень 2 процесса рассмотрения апелляций, и тогда он будет рассмотрен организацией по проведению независимой экспертизы. В разделе 7.6 этой главы приведено описание этой организации и объяснено, что происходит на уровне 2 процесса рассмотрения апелляций.
- **Если мы даем положительный ответ по всем или по некоторым пунктам вашего запроса**
 - Если мы соглашаемся с вашим требованием, то должны **предоставить соответствующее покрытие** как можно скорее (с учетом состояния вашего здоровья), **но не позднее 7 календарных дней** с момента получения апелляции.
 - Если мы соглашаемся с вашим требованием возместить затраты на уже приобретенный препарат, то обязаны **прислать платеж в течение 30 календарных дней** с момента получения апелляции.
- **Если ваше требование отклоняется частично или полностью**, то мы пришлем объяснение в письменной форме с информацией о причинах вынесения отрицательного решения и о том, как подать апелляцию.
- Если вы обращаетесь с требованием о возмещении расходов на препарат, который уже был приобретен, мы дадим вам ответ **в течение 14 календарных дней** после получения соответствующего требования.
 - Если мы не успеваем вынести решение в течение 14 календарных дней, то обязаны передать ваш запрос на уровень 2 процесса рассмотрения апелляций, и тогда он будет рассмотрен организацией по проведению независимой экспертизы. В разделе 7.6 этой главы приведено описание этой организации и объяснено, что происходит на уровне 2 процесса рассмотрения апелляций.
- **Если мы частично или полностью соглашаемся с вашим требованием**, то обязаны уплатить оговоренную сумму в течение 30 календарных дней с момента получения запроса.
- **Если ваше требование отклоняется частично или полностью**, то мы пришлем объяснение в письменной форме с информацией о причинах вынесения отрицательного решения. Мы также разьясим вам, как подать апелляцию на наше решение.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 3. Если мы вынесем отрицательное решение по вашей апелляции, вы можете принять решение о продолжении процесса и подать еще одну апелляцию.

- В случае отклонения вашей апелляции вы либо соглашаетесь с этим решением, либо подаете еще одну апелляцию.
- Если вы все-таки решите ее подать, то это уже будет апелляция уровня 2 (см. далее).

Раздел 7.6 Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию 2-го уровня

В случае отклонения вашей апелляции вы либо соглашаетесь с этим решением, либо подаете еще одну апелляцию. Если подать апелляцию уровня 2, **организация по проведению независимой экспертизы** пересматривает наше решение и определяет, следует ли изменить вынесенное нами решение.

Юридические термины

Официальное название организации по проведению независимой экспертизы — «**субъект проведения независимой проверки**» (Independent Review Entity — **IRE**).

Шаг 1. Чтобы подать апелляцию уровня 2, вам, вашему представителю, врачу или другому специалисту, у которого есть право назначать рецептурные препараты, необходимо связаться с организацией по проведению независимой экспертизы и попросить о пересмотре.

- Если мы вынесем отрицательное решение по вашей апелляции уровня 1, то пришлем письменное уведомление с **указаниями о том, как подать апелляцию уровня 2** в организацию по проведению независимой экспертизы. В этих указаниях поясняется, кто может подать апелляцию уровня 2, в какие сроки это необходимо сделать и как связаться с соответствующей организацией для пересмотра решения по вашему вопросу.
- Когда вы подаете апелляцию в организацию по проведению независимой экспертизы, мы направляем имеющуюся у нас информацию по вашей апелляции в эту организацию. Такая информация называется «материалами по вашему делу». **Вы имеете право запросить их копию.**
- У вас есть право предоставить сотрудникам организации по проведению независимой экспертизы дополнительную информацию в поддержку апелляции.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 2. Организация по проведению независимой экспертизы рассматривает вашу апелляцию и сообщает о своем решении.

- **Эту организацию нанимает Medicare.** Она не связана с нами и не является правительственной организацией. Ее выбирает Medicare для пересмотра наших решений по льготам на препараты, покрываемые по части D.
- Эксперты тщательно изучат всю информацию, связанную с вашей апелляцией. Организация уведомит вас о своем решении в письменной форме и объяснит мотивы.

Сроки ускоренного рассмотрения апелляции уровня 2

- Если ввиду состояния вашего здоровья вам нужен быстрый ответ, подайте в организацию по проведению независимой экспертизы «апелляцию с ускоренным рассмотрением».
- Если эта организация соглашается рассмотреть вашу апелляцию в ускоренном порядке, вам должны сообщить о решении относительно апелляции уровня 2 **в течение 72 часов** с момента получения такого запроса.
- **Если организация по проведению независимой экспертизы частично или полностью соглашается с вашим требованием,** мы обязаны предоставить вам оговоренное покрытие **в течение 24 часов** с момента получения ответа.

Стандартные сроки рассмотрения апелляции уровня 2

- Если вы подаете стандартную апелляцию уровня 2, организация, рассматривающая ваш вопрос, должна рассмотреть вашу апелляцию уровня 2 **в течение 7 календарных дней** после ее получения, если апелляция касается лекарственного препарата, который вы еще не получили. Если вы обращаетесь с требованием о возмещении расходов на препарат, который уже был приобретен, организация, рассматривающая ваш вопрос, должна дать ответ по вашей апелляции уровня 2 **в течение 14 календарных дней** с момента ее получения.
- **Если организация по проведению независимой экспертизы частично либо полностью удовлетворит вашу апелляцию**
 - Если организация по проведению независимой экспертизы подтверждает ваш запрос, мы обязаны **предоставить вам покрытие препарата в течение 72 часов** с момента получения ответа.
 - Если она подтверждает необходимость возмещения стоимости препарата, который вы уже приобрели, мы должны **отправить вам платеж за приобретенный препарат в течение 30 календарных дней** с момента получения ответа.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Что делать, если организация, рассматривающая ваш вопрос, отклоняет вашу апелляцию

Если организация выносит отрицательное решение по вашей апелляции, это значит, что она согласна с нашим решением и не утверждает ваш запрос. (Это называется «поддержкой решения» или «отклонением апелляции»).

Если организация по проведению независимой экспертизы поддерживает решение плана, можно подать апелляцию уровня 3. Однако чтобы у вас была возможность сделать это, сумма запрашиваемого покрытия препарата (в долларах) должна быть не ниже установленного минимума. Если эта сумма слишком мала, вы не сможете подать еще одну апелляцию, и это значит, что решение уровня 2 будет окончательным. В уведомлении, которое вам направит организация по проведению независимой экспертизы, будет обозначен размер суммы в долларах, при котором возможно дальнейшее разбирательство посредством подачи апелляции.

Шаг 3. Если запрашиваемая для покрытия сумма в долларах соответствует требованиям, вы решаете, следует ли подавать следующую апелляцию.

- После уровня 2 есть еще три уровня рассмотрения апелляций (всего их пять).
- Если апелляция уровня 2 отклонена, но ваша ситуация соответствует требованиям, когда возможно продолжение разбирательства, вы должны решить, стоит ли это делать и подавать третью апелляцию. Если вы решите это сделать, просмотрите подробные сведения о том, что делать дальше, в письменном уведомлении (вы получите его после рассмотрения второй апелляции).
- Апелляция уровня 3 рассматривается судьей по административным делам или адьюдикатором. В разделе 10 этой главы представлена дополнительная информация о процедуре рассмотрения апелляций уровня 3, 4 и 5.

РАЗДЕЛ 8 Как подать запрос на продление пребывания в стационаре, если вы полагаете, что вас выписывают раньше времени, и на его покрытие

При поступлении в больницу у вас есть право получить все покрываемые больничные услуги, необходимые для диагностирования и лечения вашего заболевания или травмы. Дополнительную информацию о покрытии больничного ухода, в частности ограничения по этому покрытию, см. в главе 4 данной брошюры: *Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)*.

Во время пребывания в больнице, которое покрывается страховкой, врач и персонал будут готовить вас к выписке. Они также помогут в организации ухода, который вам может потребоваться после выписки.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- День, когда вы покидаете больницу, называется «**датой выписки**».
- Если решение о дате вашей выписки принято, ваш врач или персонал больницы сообщит вам об этом.
- Если вам кажется, что вас слишком рано просят покинуть больницу, вы можете подать запрос на продление вашего пребывания в больнице. В этом разделе описано, как это сделать.

Раздел 8.1 Во время пребывания в стационаре вы получите письменное уведомление от Medicare о ваших правах

Во время пребывания в больнице, которое покрывается страховкой, вам предоставят письменное уведомление — «*Важное сообщение от Medicare о ваших правах*». Все участники программы Medicare получают экземпляр этого уведомления, когда поступают в больницу. Кто-либо из персонала больницы (например, социальный работник или медсестра) должен передать его вам в течение двух дней после поступления в больницу.

Если уведомление вам не вручили, обратитесь к ним сами. Если вам нужна помощь, обратитесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

1. Внимательно прочтите это уведомление. Если у вас возникнут вопросы, задайте их. В нем описаны ваши права на время пребывания в стационаре, в том числе:

- Право получать услуги, покрываемые по программе Medicare, во время и после пребывания в больнице по распоряжению врача. Сюда входит право знать о том, какие это услуги, кто их оплачивает и где их можно получить.
- Право участвовать в принятии решений относительно вашего пребывания в больнице и знать, кто оплачивает ваше пребывание в больнице.
- Ваше право знать, куда подавать жалобы на качество лечения в больнице.
- Право подать апелляцию на решение о выписке, если вы считаете, что вас выписывают слишком рано.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)**Юридические термины**

В письменном уведомлении от Medicare указано, как подать «запрос на разбирательство в срочном порядке», который является официальным законным способом отложить выписку и продлить срок пребывания в больнице, который будет покрыт страховкой (в разделе 8.2 далее описано, как можно подать запрос на разбирательство в срочном порядке).

2. Обязательно подпишите уведомление: это будет свидетельствовать о том, что вы получили его и понимаете свои права.

- Вам или лицу, действующему от вашего имени, необходимо его подписать (в разделе 5.2 этой главы описано, как дать письменное разрешение другому человеку действовать от вашего имени).
- Подпись указывает **только** на то, что вы получили информацию о своих правах. В уведомлении не указывается дата вашей выписки (ее сообщит ваш врач или кто-либо из персонала больницы). Подпись в уведомлении **не означает** вашего согласия с датой выписки.

3. Сохраните свой экземпляр подписанного уведомления: так информация о подаче апелляции и жалобы относительно качества ухода всегда будет под рукой.

- Если вы подписали уведомление раньше чем за два дня до выписки, то вам будет предоставлена еще одна копия уже перед запланированной датой выписки.
- Чтобы заранее ознакомиться с копией уведомления, обращайтесь в службу поддержки участников (номера указаны на задней стороне обложки данной брошюры) или по номеру 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Также вы можете ознакомиться с этим уведомлением по адресу www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Раздел 8.2 Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию уровня 1 для изменения даты выписки из больницы

Если вы хотите попросить, чтобы услуги стационарного лечения покрывались в течение более длительного времени, подайте апелляцию. Но сначала определитесь, что вы должны сделать и к какому сроку.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- **Выполните процедуру.** Каждый шаг первых двух уровней процедуры подачи апелляции описан далее.
- **Соблюдайте сроки.** Они очень важны. Убедитесь, что вы понимаете и соблюдаете сроки, установленные для действий, которые вам необходимо выполнить.
- **При необходимости обратитесь за помощью.** Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь, можно в любое время связаться со службой поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Также вы можете обратиться в программу State Health Insurance Assistance Program — правительственную организацию, которая предоставляет индивидуальную помощь (см. раздел 2 этой главы).

Апелляцию уровня 1 рассматривает организация по повышению качества обслуживания. Она проверит, оправдана ли с медицинской точки зрения определенная для вас дата выписки.

Шаг 1. Вы обращаетесь в организацию по повышению качества обслуживания своего штата и подаете запрос на «ускоренное рассмотрение» даты выписки. Вам необходимо сделать это незамедлительно.

«Ускоренное рассмотрение» также называется «разбирательством в срочном порядке».

Что представляет собой организация по повышению качества обслуживания

- Это группа врачей и других специалистов сферы здравоохранения, деятельность которых финансируется федеральным правительством. Они не являются сотрудниками нашего плана. Эта организация финансируется за счет средств Medicare и помогает повышать качество обслуживания участников программы Medicare. В ее обязанности входит пересмотр дат выписки из больниц участников программы Medicare.

Как связаться с этой организацией

- В полученном письменном уведомлении («Важное сообщение от Medicare о ваших правах») описано, как связаться с этой организацией. (Можно также найти название, адрес и номер телефона такой организации в своем штате в разделе 4 главы 2 данной брошюры.)

Не медлите

- Чтобы подать апелляцию, необходимо связаться с организацией по улучшению качества обслуживания, *прежде чем* вы покинете больницу, **но не позднее полуночи даты выписки.** («Запланированная дата вашей выписки» — это определенная заранее дата, когда вы должны покинуть больницу.)

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Если вы успеете подать апелляцию в установленный срок, то сможете оставаться в больнице, **не оплачивая** свое пребывание, и *после* даты выписки до тех пор, пока организация по повышению качества обслуживания не сообщит о своем решении.
- Если вы **не** успеете этого сделать, но решите остаться в больнице после запланированной даты выписки, **возможно, вам придется оплатить полную стоимость** стационарного лечения, оказанного вам после этой даты.
- Если вы не свяжетесь с организацией по улучшению качества обслуживания относительно вашей апелляции в установленный срок и при этом хотите подать апелляцию, то вы должны подать апелляцию непосредственно в план. Информация об альтернативной процедуре подачи апелляции указана в **разделе 8.4**.

Попросите об «ускоренном рассмотрении»:

- Вам необходимо попросить организацию по повышению качества обслуживания об **ускоренном пересмотре решения** о дате выписки. Таким образом вы просите организацию быстро рассмотреть апелляцию, а не в стандартные сроки.

Юридические термины
«Ускоренное рассмотрение» также называется «разбирательством в срочном порядке» или «срочным рассмотрением».

Шаг 2. Организация по улучшению качества обслуживания проводит независимое рассмотрение вашего вопроса.

Что предусматривает этот процесс

- Специалисты в области здравоохранения, работающие в организации по улучшению качества обслуживания, (назовем их кратко «экспертами») поинтересуются у вас (или вашего представителя), почему вы считаете, что эти услуги должны и впредь покрываться. Вам не нужно составлять какие-либо письменные заявления, но при желании вы можете это сделать.
- Эксперты также изучат вашу медицинскую информацию, побеседуют с вашим врачом и пересмотрят сведения, которые будут им предоставлены больницей и нами.
- До 12:00 следующего дня после того, как эксперты отправят в план сообщение о вашей апелляции, вам предоставят письменное уведомление с запланированной датой выписки и подробным объяснением того, почему

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

ваш врач, руководство больницы и мы считаем, что выбор этой даты обоснован (с медицинской точки зрения).

Юридические термины

Это письменное объяснение называется «**подробным уведомлением о выписке**». Чтобы получить его копию, позвоните в службу поддержки участников (номера указаны на задней стороне обложки данной брошюры) или по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Поддержка доступна круглосуточно и без выходных. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Вы также можете ознакомиться с уведомлением по ссылке

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Шаг 3. В течение одного полного дня после получения всей необходимой информации организация по повышению качества обслуживания сообщит о своем решении по вашей апелляции.

Что произойдет в случае положительного ответа

- Если организация, рассматривающая ваш вопрос, поддержит вашу апелляцию, **мы обязаны будем покрывать стоимость вашего стационарного лечения до тех пор, пока это необходимо по медицинским показаниям.**
- Вы обязуетесь продолжать оплачивать свою часть стоимости услуг (например, франшизу или доплату, если они предусмотрены). Кроме того, на покрываемые услуги стационарного лечения могут быть наложены ограничения (подробнее см. в главе 4 данной брошюры).

Что произойдет в случае отрицательного ответа

- Если организация, рассматривающая ваш вопрос, отклоняет ваше требование, это значит, что ее эксперты считают запланированную дату выписки обоснованной с медицинской точки зрения. В таком случае **покрытие вашего стационарного лечения завершится в 12:00 на следующий день после того, как вы получите от организации по улучшению качества обслуживания ответ по своей апелляции.**
- Если организация, рассматривающая ваш вопрос, *отклонила* ваше требование, но вы решаете остаться в больнице, возможно, вам **придется оплатить полную стоимость** стационарного лечения, полученного после 12:00 следующего дня после того, как вам сообщили о решении.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)**Шаг 4. В случае отклонения апелляции уровня 1 можно подать другую апелляцию.**

- Если организация по повышению качества обслуживания отклонила ваше требование, **но** вы остались в больнице после запланированной даты выписки, можно подать другую апелляцию. Такая апелляция будет считаться апелляцией уровня 2.

Раздел 8.3 Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию уровня 2 для изменения даты выписки из больницы

Если организация по повышению качества обслуживания отклонила вашу апелляцию **и** вы остаетесь в больнице после запланированной даты выписки, вы можете подать апелляцию уровня 2. При подаче апелляции уровня 2 организация по повышению качества обслуживания еще раз пересмотрит решение, вынесенное по вашей первой апелляции. Если эта организация отклонит вашу апелляцию уровня 2, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость вашего пребывания в больнице после запланированной даты выписки.

Этапы процедуры подачи апелляции уровня 2.

Шаг 1. Вы снова обращаетесь в организацию по повышению качества обслуживания и просите еще об одном пересмотре решения.

- Запрос необходимо подать **в течение 60 календарных дней** с момента получения отрицательного ответа по апелляции уровня 1. Вы можете запросить этот пересмотр, только если остаетесь в больнице после даты, после которой покрытие не предоставляется.

Шаг 2. Организация по улучшению качества обслуживания повторно рассматривает ваш вопрос.

- Ее эксперты еще раз тщательно изучат всю информацию, которая относится к вашей апелляции.

Шаг 3. В течение 14 календарных дней с момента получения запроса эксперты организации по улучшению качества обслуживания рассмотрят вашу апелляцию и сообщат свое решение.

Если организация, рассматривающая ваш вопрос, выносит положительное решение

- **Мы обязаны компенсировать** вам свою часть расходов на стационарное лечение, которое было предоставлено вам после 12:00 следующего дня, когда первая апелляция была отклонена. **Мы обязаны покрывать стоимость** вашего стационарного лечения до тех пор, пока это необходимо по медицинским показаниям.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Вы обязуетесь продолжать оплачивать свою часть стоимости. Могут накладываться ограничения по покрытию.

Если организация, рассматривающая ваш вопрос, выносит отрицательное решение

- Это значит, что эксперты организации согласны с решением, которое вынесли по вашей апелляции уровня 1, и оно не будет изменено.
- В письменном уведомлении, которое вы получите, будут описаны ваши возможные действия на случай, если вы решите продолжить процесс пересмотра. В нем будут указаны подробные сведения о переходе к следующему уровню рассмотрения апелляции, которое будет проводиться судьей по административным делам или адьюдикатором.

Шаг 4. В случае вынесения отрицательного решения можно подать апелляцию уровня 3.

- После уровня 2 есть еще три уровня рассмотрения апелляций (всего их пять). Если организация, рассматривающая ваш вопрос, отклоняет вашу апелляцию уровня 2, то вы либо соглашаетесь с этим решением, либо подаете следующую апелляцию, уже уровня 3. Апелляция уровня 3 рассматривается судьей по административным делам или адьюдикатором.
- В **разделе 10** этой главы представлена дополнительная информация о процедуре рассмотрения апелляций уровня 3, 4 и 5.

Раздел 8.4	Что делать, если вы не успели подать апелляцию уровня 1 в срок
-------------------	---

Вы можете подать апелляцию нам

Как было разъяснено в **разделе 8.2**, вам нужно незамедлительно связаться с организацией по улучшению качества обслуживания и подать апелляцию уровня 1 касательно даты вашей выписки. («Незамедлительно» означает до того, как вы покинете больницу, и не позднее назначенной даты выписки, в зависимости от того, что произойдет ранее). Если вы не свяжетесь с этой организацией в срок, то можете подать апелляцию другим способом.

Если использовать альтернативный вариант, **процедуры подачи апелляций первых двух уровней будут отличаться.**

Пошаговая инструкция: Как подать альтернативную апелляцию уровня 1

Если вы не свяжетесь с организацией по улучшению качества обслуживания относительно вашей апелляции в срок, то можете подать апелляцию нам, запросив «ускоренное

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

рассмотрение». При ускоренном рассмотрении апелляция рассматривается по ускоренной процедуре, а не в стандартные сроки.

Юридические термины

«Ускоренное рассмотрение» («апелляция с ускоренным рассмотрением») также называется «апелляцией, требующей срочного рассмотрения».

Шаг 1. Вы связываетесь с нами и подаете запрос на «ускоренное рассмотрение».

- Чтобы узнать, как связаться с нами, просмотрите раздел 1 главы 2 («Как связаться с нами, чтобы запросить решение о страховом покрытии, подать апелляцию или жалобу относительно медицинского обслуживания»).
- **Необходимо подать запрос именно на «ускоренное рассмотрение».** Таким образом вы просите нас вынести решение по ускоренной процедуре, а не в стандартные сроки.

Шаг 2. Мы выполняем «ускоренное рассмотрение» и решаем, обоснована ли запланированная дата выписки с медицинской точки зрения.

- На этом этапе мы изучим всю информацию о вашем пребывании в больнице, а также проверим, оправдана ли с медицинской точки зрения установленная для вас дата выписки и справедливо ли и с соблюдением всех правил было вынесено решение о сроках вашего пребывания в больнице.
- В этой ситуации решение будет вынесено по ускоренной процедуре, а не в стандартные сроки.

Шаг 3. Мы сообщаем вам о своем решении в течении 72 часов с момента подачи запроса об «ускоренном рассмотрении» («апелляции с ускоренным рассмотрением»).

- Если мы выносим положительное решение по вашей апелляции с ускоренным рассмотрением, это значит, что мы согласны с тем, что вам необходимо оставаться в больнице после даты выписки, и мы будем покрывать стоимость вашего стационарного лечения до тех пор, пока это необходимо по медицинским показаниям. Это также значит, что мы соглашаемся возместить вам свою часть расходов на лечение, которое вы получаете с заявленной даты прекращения оплаты услуг по страховке. (Вы обязуетесь оплачивать свою часть расходов. Могут накладываться ограничения по покрытию.)
- Если мы вынесем отрицательное решение по вашей апелляции с ускоренным рассмотрением, это значит, что мы считаем запланированную

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

дату выписки оправданной с медицинской точки зрения. Покрытие услуг стационарного лечения после даты, озвученной изначально, не предоставляется.

- Если вы остаетесь в больнице **после** запланированной даты выписки, **возможно, вам придется оплатить полную стоимость** полученного с этого момента стационарного лечения.

Шаг 4. Если мы вынесем отрицательное решение по вашей апелляции с ускоренным рассмотрением, ваш случай будет автоматически отправлен в соответствующую инстанцию как запрос следующего уровня.

- Для подтверждения того, что во время принятия решения были соблюдены все правила, мы **обязаны передать вашу апелляцию на рассмотрение в организацию по проведению независимой экспертизы**. При этом вы **автоматически** переходите на уровень 2 процедуры рассмотрения апелляции.

Пошаговая инструкция: Процедура подачи альтернативной апелляции уровня 2

На этапе разбирательства с апелляцией уровня 2 **организация по проведению независимой экспертизы** пересматривает наше решение и определяет, следует ли изменить вынесенное нами решение.

Юридические термины
Официальное название организации по проведению независимой экспертизы — « субъект проведения независимой проверки » (Independent Review Entity — IRE).

Шаг 1. Мы автоматически направляем ваш вопрос на рассмотрение в организацию по проведению независимой экспертизы.

- Мы обязаны отправить информацию по вашей апелляции уровня 2 в эту организацию в течение 24 часов с момента уведомления об отклонении вашей первой апелляции. (Если вы считаете, что мы нарушаем этот или другие сроки, то можете подать жалобу. Процедура подачи жалобы отличается от процедуры подачи апелляции. В разделе 11 этой главы приведено описание процедуры подачи жалобы.)

Шаг 2. Организация по проведению независимой экспертизы выполняет «ускоренное рассмотрение» вашей апелляции. Эксперты дадут вам ответ в течение 72 часов.

- Эту организацию нанимает Medicare. Она не связана с нашим планом и не является правительственной. Ее выбирает Medicare для выполнения работ в

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- качестве организации по проведению независимой экспертизы. Контролирует ее деятельность также Medicare.
- Эксперты этой организации тщательно изучат всю информацию, которая относится к вашей апелляции относительно даты выписки из больницы.
 - **Если организация выносит положительное решение по вашей апелляции,** мы возместим (вернем) вам свою часть расходов на стационарное лечение, полученное вами после запланированной даты выписки. Также мы обязаны покрывать стоимость вашего стационарного лечения до тех пор, пока это необходимо по медицинским показаниям. Вы обязуетесь продолжать оплачивать свою часть стоимости. Если для покрытия установлены определенные лимиты, сумма возмещения или срок, в течение которого услуги будут продолжать покрываться, может быть ограничена.
 - **Если организация выносит отрицательное решение по вашей апелляции,** это значит, что ее эксперты согласны с нами и находят запланированную дату выписки обоснованной с медицинской точки зрения.
 - В письменном уведомлении, которое вы получите от организации, будут описаны возможные действия на случай, если вы решите продолжить процесс пересмотра. В нем будет подробно изложено, что следует предпринять, чтобы перейти на третий уровень рассмотрения апелляции, где ваша апелляция будет рассмотрена судьей по административным делам или адьюдикатором.

Шаг 3. Если организация по проведению независимой экспертизы отклоняет ваш запрос, можно подать апелляцию следующего уровня.

- После уровня 2 есть еще три уровня рассмотрения апелляций (всего их пять). Если эксперты отклоняют вашу апелляцию уровня 2, вы либо соглашаетесь с этим решением, либо подаете третью апелляцию (уровня 3).
- В **разделе 10** этой главы представлена дополнительная информация о процедуре рассмотрения апелляций уровня 3, 4 и 5.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)**РАЗДЕЛ 9 Как обратиться к нам с просьбой продолжать покрывать определенные медицинские услуги, если вы считаете, что их выплата по ним прекращается слишком рано****Раздел 9.1 В этом разделе приведены сведения о трех видах услуг: Медицинский уход на дому, в учреждениях квалифицированного сестринского ухода и учреждении амбулаторной комплексной реабилитации (CORF).**

Этот раздел относится только к следующим видам услуг:

- **Медицинский уход на дому**
- **Квалифицированный сестринский уход** в специальном учреждении (требования к таким учреждениям указаны в главе 11 — «*Определения важных терминов*»).
- **Реабилитационный уход** в учреждении амбулаторной комплексной реабилитации (CORF), утвержденном Medicare. Как правило, это значит, что вы получаете лечение во время болезни или после несчастного случая, либо проходите реабилитацию после серьезной операции. (Более подробная информация об учреждениях такого типа указана в главе 11 «*Определения важных терминов*»).

Если вам предоставляется уход одного из этих типов, он будет покрываться, пока это необходимо для диагностики либо лечения заболевания или травмы. Дополнительную информацию о покрываемых услугах, в частности о вашей части затрат и ограничениях покрытия, которые могут применяться, см. в главе 4 «*Таблица льгот (перечень покрываемых услуг)*» данной брошюры.

Если мы решим, что уже можно приостановить покрытие этих трех типов ухода, то обязаны сообщить вам об этом заранее. Когда план прекращает покрывать стоимость услуг по уходу, **мы их больше не оплачиваем.**

Если вы считаете, что покрытие услуг заканчивается преждевременно, **наше решение можно обжаловать.** В данном разделе описано, как это сделать.

Раздел 9.2 Мы уведомим вас заранее об окончании срока покрытия

1. **Вы получите письменное уведомление** Вы получите соответствующее уведомление не позднее чем за два дня до прекращения покрытия нашим планом вашего ухода.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- В этом письменном уведомлении будет указана дата прекращения страховых выплат по вашему уходу.
- В этом письменном уведомлении будет также описано, что вы можете сделать, если хотите обратиться в план с просьбой об изменении такого решения и о дальнейшем предоставлении покрытия этого ухода.

Юридические термины

В письменном уведомлении будет указано, как подать запрос на **«апелляцию с рассмотрением в сжатые сроки»**. «Апелляция с рассмотрением в сжатые сроки» — это официальный, законный способ попросить изменить продолжительность покрытия медицинских услуг (в разделе 9.3 описано, как ее подать).

Письменное предупреждение называется **«уведомлением о приостановке покрытия Medicare»**.

2. Подпись в уведомлении будет свидетельствовать о том, что вы его получили.

- Вам или лицу, действующему от вашего имени, необходимо его подписать (в разделе 5.2 этой главы описано, как дать письменное разрешение другому человеку действовать от вашего имени).
- Подпись указывает **только** на то, что вы получили информацию о том, когда страховые выплаты за услуги по уходу прекратятся. **Это не значит, что вы согласны с этим сроком.**

Раздел 9.3 Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию уровня 1, чтобы продлить период покрытия планом оказываемых услуг по уходу

Если вы хотите попросить о покрытии ухода в течение более продолжительного срока, вам потребуется выполнить процедуру подачи апелляции, чтобы отправить этот запрос. Но сначала определитесь, что вы должны сделать и к какому сроку.

- **Выполните процедуру.** Каждый шаг первых двух уровней процедуры подачи апелляции описан далее.
- **Соблюдайте сроки.** Они очень важны. Убедитесь, что вы понимаете и соблюдаете сроки, установленные для действий, которые вам необходимо выполнить. Для нашего плана тоже установлены сроки, которые мы обязаны соблюдать (Если вы считаете, что мы не соблюдаем наши сроки, то можете подать жалобу. В разделе 11 этой главы приведено описание процедуры подачи жалобы.)

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- **При необходимости обратитесь за помощью.** Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь, можно в любое время связаться со службой поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Также вы можете обратиться в программу State Health Insurance Assistance Program — правительственную организацию, которая предоставляет индивидуальную помощь (см. **раздел 2** этой главы).

После подачи апелляции уровня 1 организация по повышению качества обслуживания рассмотрит вашу апелляцию и ответит, следует ли изменить принятое планом решение.

Шаг 1. Обратитесь в организацию по повышению качества обслуживания в своем штате и подайте запрос на пересмотр (апелляция уровня 1). Вам необходимо сделать это незамедлительно.

Что представляет собой организация по повышению качества обслуживания

- Это группа врачей и других специалистов из сферы здравоохранения, деятельность которых финансируется федеральным правительством. Они не являются сотрудниками нашего плана и проверяют качество ухода, который получают участники Medicare, а также пересматривают решения плана о сроках прекращения страховых выплат за определенные услуги по уходу.

Как связаться с этой организацией

- В полученном вами письменном уведомлении описано, как связаться с этой организацией. (Можно также найти название, адрес и номер телефона такой организации в своем штате в разделе 4 главы 2 данной брошюры.)

С какой просьбой следует обратиться

- Подайте запрос на «апелляцию с рассмотрением в сжатые сроки» (независимый пересмотр решения) касательно оправданности с медицинской точки зрения прекращения предоставления покрытия.

Сроки для обращения в эту организацию.

- Обратиться в нее следует до 12:00 дня накануне даты вступления в силу письменного уведомления о запланированной дате прекращения страховых выплат.
- Если вы не свяжетесь с организацией по улучшению качества обслуживания относительно вашей апелляции в установленный срок и при этом хотите подать апелляцию, то вы должны подать апелляцию непосредственно нам. Информация об альтернативной процедуре подачи апелляции указана в **разделе 9.5.**

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 2. Организация по улучшению качества обслуживания проводит независимое рассмотрение вашего вопроса.

Что предусматривает этот процесс

- Специалисты в области здравоохранения, работающие в организации по улучшению качества обслуживания, (назовем их кратко «экспертами») поинтересуются у вас (или вашего представителя), почему вы считаете, что эти услуги должны и впредь покрываться. Вам не нужно составлять какие-либо письменные заявления, но при желании вы можете это сделать.
- В организации, рассматривающей ваш вопрос, также изучат вашу медицинскую информацию, побеседуют с вашим врачом и пересмотрят сведения, предоставленные им планом.
- К концу дня, когда эксперты уведомили нас о вашей апелляции, вы также получите письменное уведомление от нас, в котором будут подробно изложены причины, почему покрытие получаемых вами услуг более не предоставляется.

Юридические термины
Такое уведомление называется « подробным разъяснением причин приостановки покрытия » (Detailed Explanation of Non-Coverage).

Шаг 3. В течение одного полного дня после получения всей необходимой информации эксперты сообщат вам о своем решении.

Какими должны быть действия, если эксперты выносят положительное решение по вашей апелляции

- Если они соглашаются с вашим требованием, то **мы обязаны покрывать стоимость требуемых услуг, пока это необходимо по медицинским показаниям.**
- Вы обязуетесь продолжать оплачивать свою часть стоимости услуг (например, франшизу или доплату, если они предусмотрены). Кроме того, для покрываемых услуг могут быть предусмотрены ограничения (см. главу 4 данной брошюры).

Какими должны быть действия, если эксперты выносят отрицательное решение по вашей апелляции

- Если они отклоняют ваше требование, то **страховые выплаты за услуги по уходу прекратятся, как и планировалось**, и мы не будем оплачивать нашу часть расходов.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Если вы хотите получать медицинский уход на дому, в учреждении квалифицированного сестринского ухода или учреждении амбулаторной комплексной реабилитации (CORF) и **после** этой даты, то вам придется **оплатить полную стоимость услуг самостоятельно.**

Шаг 4. В случае отклонения апелляции уровня 1 можно подать другую апелляцию.

- Первая поданная апелляция считается апелляцией уровня 1. Если эксперты отклоняют вашу апелляцию уровня 1, **но** вы хотите получать медицинский уход и после прекращения страховых выплат, можно подать другую апелляцию.
- Такая апелляция будет считаться апелляцией уровня 2.

Раздел 9.4	Пошаговая инструкция: Как подать апелляцию уровня 2, чтобы продлить период покрытия планом оказываемых услуг по уходу
-------------------	--

Если организация по повышению качества обслуживания отклоняет ваше требование, **но** вы хотите получать медицинский уход и после прекращения страховых выплат, можно подать апелляцию уровня 2. В таком случае организация по повышению качества обслуживания еще раз пересмотрит решение, вынесенное по вашей первой апелляции. Если организация по повышению качества обслуживания отклоняет вашу апелляцию уровня 2, возможно, вам придется оплатить полную стоимость медицинских услуг, предоставляемых вам на дому, в учреждении квалифицированного сестринского ухода или учреждении амбулаторной комплексной реабилитации (CORF) **после** запланированной даты прекращения страховых выплат.

Этапы процедуры подачи апелляции уровня 2.

Шаг 1. Вы снова обращаетесь в организацию по повышению качества обслуживания и просите еще об одном пересмотре решения.

- Его необходимо подать **в течение 60 дней** с момента получения отрицательного ответа по апелляции уровня 1. Вы можете запросить этот пересмотр, только если продолжаете получать уход после даты, с которой покрытие ухода не предоставляется.

Шаг 2. Организация по улучшению качества обслуживания повторно рассматривает ваш вопрос.

- Ее эксперты еще раз тщательно изучат всю информацию, которая относится к вашей апелляции.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 3. В течение 14 дней с момента получения апелляции эксперты примут решение и сообщат вам о нем.

Если организация, рассматривающая ваш вопрос, выносит положительное решение по вашей апелляции

- Мы обязаны возместить вам свою часть расходов на услуги, которые были вам предоставлены после запланированной даты прекращения страховых выплат, а также должны и дальше покрывать стоимость ухода, пока это необходимо по медицинским показаниям.
- Вы обязуетесь продолжать оплачивать свою часть стоимости. Могут накладываться ограничения по покрытию.

Если организация, рассматривающая ваш вопрос, выносит отрицательное решение

- Это значит, что ее специалисты согласны с нашим решением, вынесенным по вашей апелляции уровня 1, и оно не будет изменено.
- В письменном уведомлении, которое вы получите, будут описаны ваши возможные действия на случай, если вы решите продолжить процесс пересмотра. В нем будут указаны подробные сведения о переходе к следующему уровню рассмотрения апелляции, которое будет проводиться судьей по административным делам или адьюдикатором.

Шаг 4. В случае вынесения отрицательного решения можно подать апелляцию следующего уровня.

- После уровня 2 в процедуре рассмотрения апелляций может быть еще три дополнительных уровня (всего их пять). Если эксперты отклоняют вашу апелляцию уровня 2, вы либо принимаете это решение, либо подаете следующую апелляцию (уровня 3). Апелляция уровня 3 рассматривается судьей по административным делам или адьюдикатором.
- В разделе 10 этой главы представлена дополнительная информация о процедуре рассмотрения апелляций уровня 3, 4 и 5.

Раздел 9.5	Что делать, если вы не успели подать апелляцию уровня 1 в срок
-------------------	---

Вы можете подать апелляцию нам

Как было указано ранее в разделе 9.3, нужно незамедлительно связаться с организацией по улучшению качества обслуживания и подать апелляцию уровня 1 (в течение одного или двух дней, но не позже). Если вы не свяжетесь с этой организацией в срок, то можете

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

подать апелляцию другим способом. Если использовать альтернативный вариант, процедуры подачи апелляций первых двух уровней будут отличаться.

Пошаговая инструкция: Как подать альтернативную апелляцию уровня 1

Если вы не свяжетесь с организацией по улучшению качества обслуживания относительно вашей апелляции в срок, то можете подать апелляцию нам, запросив «ускоренное рассмотрение». При ускоренном рассмотрении апелляция рассматривается по ускоренной процедуре, а не в стандартные сроки.

Этапы процедуры подачи альтернативной апелляции уровня 1

Юридические термины

«Ускоренное рассмотрение» («апелляция с ускоренным рассмотрением») также называется «апелляцией, требующей срочного рассмотрения».

Шаг 1. Вы связываетесь с нами и подаете запрос на «ускоренное рассмотрение».

- Чтобы узнать, как связаться с нами, просмотрите раздел 1 главы 2 («Как связаться с нами, чтобы запросить решение о страховом покрытии, подать апелляцию или жалобу относительно медицинского обслуживания»).
- **Необходимо подать запрос именно на «ускоренное рассмотрение».** Таким образом вы просите нас вынести решение по ускоренной процедуре, а не в стандартные сроки.

Шаг 2. Мы выполняем «ускоренное рассмотрение» вынесенного нами решения касательно даты прекращения страховых выплат за получаемые вами услуги.

- На этом этапе мы еще раз изучим всю информацию по вашему делу и проверим, все ли правила были соблюдены, когда определялась дата прекращения планом выплат за получаемые вами услуги.
- Мы рассмотрим ваш запрос быстро, а не в стандартные сроки.

Шаг 3. Мы сообщаем вам о своем решении в течении 72 часов с момента подачи запроса об «ускоренном рассмотрении» («апелляции с ускоренным рассмотрением»).

- Если мы выносим положительное решение по вашей апелляции с ускоренным рассмотрением, это значит, что мы согласны с тем, что вам

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

необходимо и дальше получать соответствующий уход, и мы будем покрывать его стоимость до тех пор, пока это будет необходимо по медицинским показаниям. Это также значит, что мы соглашаемся возместить вам свою часть расходов на лечение, которое вы получаете с заявленной даты прекращения оплаты услуг по страховке. (Вы обязуетесь оплачивать свою часть расходов. Могут накладываться ограничения по покрытию.)

- Если мы вынесем отрицательное решение по вашей апелляции с ускоренным рассмотрением, то страховые выплаты прекратятся в запланированные сроки, и после этого мы не будем производить никаких выплат.
- Если вы получаете медицинские услуги на дому, в учреждении квалифицированного сестринского ухода или учреждении амбулаторной комплексной реабилитации (CORF) после прекращения страховых выплат, то вам придется оплатить их полную стоимость самостоятельно.

Шаг 4. Если мы вынесем *отрицательное* решение по вашей апелляции с ускоренным рассмотрением, ваш случай будет *автоматически* передан в соответствующую инстанцию как запрос следующего уровня.

- Для подтверждения того, что во время принятия решения были соблюдены все правила, мы обязаны передать вашу апелляцию на рассмотрение в организацию по проведению независимой экспертизы. При этом вы *автоматически* переходите на уровень 2 процедуры рассмотрения апелляции.

Пошаговая инструкция: Процедура подачи альтернативной апелляции уровня 2

На этапе рассмотрения апелляции 2 уровня организация по проведению независимой экспертизы пересматривает наше решение по апелляции с ускоренным рассмотрением и определяет, следует ли изменить вынесенное нами решение.

Юридические термины

Официальное название организации по проведению независимой экспертизы — «**субъект проведения независимой проверки**» (Independent Review Entity — IRE).

Шаг 1. Мы автоматически направляем ваш вопрос на рассмотрение в организацию по проведению независимой экспертизы.

- Мы обязаны отправить информацию по вашей апелляции уровня 2 в эту организацию в течение 24 часов с момента уведомления об отклонении вашей первой апелляции. (Если вы считаете, что мы нарушаем этот или другие сроки,

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

то можете подать жалобу. Процедура подачи жалобы отличается от процедуры подачи апелляции. В разделе 11 этой главы приведено описание процедуры подачи жалобы.)

Шаг 2. Организация по проведению независимой экспертизы выполняет «ускоренное рассмотрение» вашей апелляции. Эксперты дадут вам ответ в течение 72 часов.

- **Эту организацию нанимает Medicare.** Она не связана с нашим планом и не является правительственной. Ее выбирает Medicare для выполнения работ в качестве организации по проведению независимой экспертизы. Контролирует ее деятельность также Medicare.
- Эксперты тщательно изучат всю информацию, связанную с вашей апелляцией.
- **Если организация выносит положительное решение по вашей апелляции,** мы обязаны возместить (вернуть) вам свою часть расходов на услуги, которые были вам предоставлены после запланированной даты прекращения страховых выплат, а также должны и дальше покрывать стоимость ухода, пока он будет необходим с медицинской точки зрения. Вы обязуетесь продолжать оплачивать свою часть стоимости. Если для покрытия установлены определенные лимиты, сумма возмещения или срок, в течение которого услуги будут продолжать покрываться, может быть ограничена.
- **Если организация выносит отрицательное решение по вашей апелляции,** это значит, что ее эксперты согласны с нашим решением и не изменяют его.
 - В письменном уведомлении, которое вы получите от организации, будут описаны возможные действия на случай, если вы решите продолжить процесс пересмотра. В нем будут указаны подробные сведения о том, как подать апелляцию уровня 3.

Шаг 3. Если организация по проведению независимой экспертизы отклоняет ваш запрос, можно подать апелляцию следующего уровня.

- После уровня 2 в процедуре рассмотрения апелляций может быть еще три дополнительных уровня (всего их пять). Если эксперты выносят отрицательное решение по вашей апелляции уровня 2, вы либо принимаете это решение, либо подаете следующую апелляцию (уровня 3). Апелляция уровня 3 рассматривается судьей по административным делам или адьюдикатором.
- В разделе 10 этой главы представлена дополнительная информация о процедуре рассмотрения апелляций уровня 3, 4 и 5.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)**РАЗДЕЛ 10 Поддача апелляций уровня 3 и выше****Раздел 10.1 Апелляции уровней 3, 4, и 5 касательно медицинских услуг**

Данный раздел может распространяться на вас, если Medicare традиционно оплачивает услугу и вы подали апелляцию уровня 1 и уровня 2. В этом разделе указана информация для тех случаев, когда апелляции уровней 1 и 2 были поданы и отклонены.

Если запрашиваемая для покрытия сумма в долларах препарата, медицинской услуги или принадлежности, по которым подавалась апелляция, достигает определенного минимального уровня, вы можете подавать для рассмотрения апелляции дополнительного уровня. Если эта сумма ниже минимального уровня, вы более не можете подать апелляцию. Если же запрашиваемая для покрытия сумма в долларах достаточно высокая, в письменном ответе по вашей апелляции уровня 2 будет указано, к кому и с какой просьбой обратиться, чтобы подать апелляцию уровня 3.

В большинстве ситуаций, когда подаются апелляции, порядок действий на последних трех их уровнях практически одинаковый. На каждом из них пересмотр выполняется указанными ниже лицами.

Апелляция уровня 3	Судья (именуемый судьей по административным делам) или адьюдикатор, работающий на федеральное правительство, рассмотрит вашу апелляцию и вынесет по ней решение.
---------------------------	---

- **Если судья по административным делам или адьюдикатор вынесет положительное решение по вашей апелляции, процесс рассмотрения апелляции может быть завершен на этой стадии, а может быть продолжен.** Мы решим, подавать апелляцию уровня 4 или нет. У нас есть право обжаловать решение по апелляции уровня 3, которое принято в вашу пользу (в отличие от процедуры рассмотрения апелляции уровня 2, которое проводит организация по проведению независимой экспертизы).
 - Если мы не обжалуем решение, то будем обязаны выдать разрешение или предоставить соответствующие услуги в течение 60 календарных дней с момента получения решения судьи по административным делам или адьюдикатора.
 - Если мы решим обжаловать это решение, то направим вам копию запроса для рассмотрения апелляции уровня 4 и все сопроводительные документы. Мы имеем право дождаться решения по апелляции уровня 4, прежде чем выдать разрешение на спорную услугу или предоставить ее.
- **Если судья по административным делам или адьюдикатор отклонит вашу апелляцию, процесс рассмотрения апелляции может быть завершен на этой стадии, а может быть продолжен.**

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Если вы согласитесь с этим решением, процедура рассмотрения апелляции будет завершена.
- В противном случае вы можете продолжить процедуру рассмотрения на следующем уровне. Если судья по административным делам или адьюдикатор отклонит вашу апелляцию, в уведомлении, которое вы получите, будут описаны дальнейшие действия на тот случай, если вы решите продолжить процесс оспаривания решения.

Апелляция уровня 4 **Апелляционный совет Medicare (Совет)** рассмотрит вашу апелляцию и вынесет свое решение. Апелляционный совет работает на федеральное правительство.

- **Если апелляционный совет согласится с вашими требованиями или отклонит нашу просьбу о пересмотре принятого в вашу пользу решения по апелляции уровня 3,** разбирательство может быть завершено на этой стадии, а может продолжиться, если мы решим обжаловать принятое решение на уровне 5. У нас есть право обжаловать решение по апелляции уровня 4, которое принято в вашу пользу (в отличие от процедуры рассмотрения апелляции уровня 2, которое проводит организация по проведению независимой экспертизы), в случае если стоимость товара или медицинской услуги соответствует требуемому долларовому эквиваленту.
 - Если мы **не** обжалуем решение, то будем обязаны выдать разрешение или предоставить соответствующие услуги в течение 60 календарных дней с момента получения решения Совета.
 - Если мы решим обжаловать его, то сообщим вам об этом в письменном виде.
- **Если Совет отклонит вашу апелляцию либо откажется от ее рассмотрения, процесс рассмотрения апелляции может быть завершен на этой стадии, а может быть продолжен.**
 - Если вы согласитесь с этим решением, процедура рассмотрения апелляции будет завершена.
 - В противном случае вы можете продолжить процедуру рассмотрения на следующем уровне. Если апелляционный совет вынесет отрицательное решение по вашей апелляции, в уведомлении, которое вы получите, будет указано, разрешено ли вам правилами подать апелляцию уровня 5. Если продолжить процедуру правила позволяют, в письменном уведомлении будет указано контактное лицо и описаны ваши дальнейшие действия, если вы решите продолжить рассмотрение апелляции.

Апелляция уровня 5 **Судья Федерального окружного суда** рассмотрит вашу апелляцию.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Это последний этап процесса рассмотрения апелляций.

Раздел 10.2 Дополнительные апелляции в MassHealth (Medicaid)

У вас также есть дополнительные права на подачу апелляций в отношении услуг или товаров, которые могут покрываться программой MassHealth (Medicaid). Письмо от Управления по объективным разбирательствам проинформирует вас о том, как продолжить процесс апелляции.

Раздел 10.3 Апелляции уровней 3, 4, и 5 касательно запросов по препаратам, покрываемым частью D

В этом разделе указана информация для тех случаев, когда апелляции уровней 1 и 2 были поданы и отклонены.

Если стоимость препарата, по которому подавалась апелляция, достигает определенной установленной суммы в долларах, вы можете подавать для рассмотрения апелляции дополнительного уровня. Если она ниже, то подать апелляцию более высокого уровня вы не можете. В письменном ответе по вашей апелляции уровня 2 будет указано, к кому и с какой просьбой обратиться, чтобы подать апелляцию уровня 3.

В большинстве ситуаций, когда подаются апелляции, порядок действий на последних трех их уровнях практически одинаковый. На каждом из них пересмотр выполняется указанными ниже лицами.

Апелляция уровня 3 Судья (именуемый судьей по административным делам) или адьюдикатор, работающий на федеральное правительство, рассмотрит вашу апелляцию и вынесет по ней решение.

- **Если принято положительное решение, разбирательство завершено.** Ваш запрос в апелляции удовлетворен. Мы обязаны **выдать разрешение или предоставить покрытие медицинских препаратов**, если оно было одобрено судьей по административным делам или адьюдикатором, **в течение 72 часов (24 часов в случае подачи «апелляции с ускоренным рассмотрением»)**, либо уплатить соответствующую сумму не позже чем через **30 календарных дней** с момента получения решения.
- **Если принято отрицательное решение, разбирательство может прекратиться или продолжиться.**
 - Если вы согласитесь с этим решением, процедура рассмотрения апелляции будет завершена.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- В противном случае вы можете продолжить процедуру рассмотрения на следующем уровне. Если судья по административным делам или адьюдикатор отклонит вашу апелляцию, в уведомлении, которое вы получите, будут описаны дальнейшие действия на тот случай, если вы решите продолжить процесс оспаривания решения.

Апелляция уровня 4 **Апелляционный совет Medicare (Совет)** рассмотрит вашу апелляцию и вынесет свое решение. Апелляционный совет работает на федеральное правительство.

- **Если принято положительное решение, разбирательство завершено.** Ваш запрос в апелляции удовлетворен. Мы обязаны **выдать разрешение или предоставить покрытие медицинских препаратов**, если оно было одобрено Советом, **в течение 72 часов (24 часов в случае подачи «апелляции с ускоренным рассмотрением»)**, либо уплатить соответствующую сумму не позже чем через **30 календарных дней** с момента получения решения.
- **Если принято отрицательное решение, разбирательство может прекратиться или продолжиться.**
 - Если вы согласитесь с этим решением, процедура рассмотрения апелляции будет завершена.
 - В противном случае вы можете продолжить процедуру рассмотрения на следующем уровне. Если апелляционный совет вынесет отрицательное решение по вашей апелляции или отклонит ваш запрос на ее рассмотрение, в уведомлении, которое вы получите, будет указано, разрешено ли вам правилами подать апелляцию уровня 5. Если продолжить процедуру правила позволяют, в письменном уведомлении будет указано контактное лицо и описаны ваши дальнейшие действия, если вы решите продолжить рассмотрение апелляции.

Апелляция уровня 5 **Судья Федерального окружного суда** рассмотрит вашу апелляцию.

- Это последний этап процесса рассмотрения апелляций.

РАЗДЕЛ 11 Как подать жалобу касательно качества предоставляемых услуг, времени ожидания, обслуживания клиентов и прочих проблем



В этом разделе не представлена информация о проблемах, связанных со льготами, покрытием или оплатой. Вам следует придерживаться процедуры запроса решения о покрытии и подачи апелляции. Перейдите к разделу 5 этой главы.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Раздел 11.1 Какие типы проблем решаются посредством рассмотрения жалоб

В этом разделе описывается, с какой целью подается жалоба. Посредством рассмотрения жалоб можно решить только определенные проблемы, в частности связанные с качеством ухода, временем ожидания и обслуживанием клиентов. Приведем примеры проблем, при возникновении которых применяется процедура подачи жалобы.

Если у вас возникла проблема подобного типа, можно подать жалобу.

Жалоба	Пример
Качество медицинского ухода	<ul style="list-style-type: none"> • Вы недовольны качеством предоставляемых вам услуг по уходу (включая уход в больнице)?
Уважение права на частную жизнь	<ul style="list-style-type: none"> • Вы считаете, что стали жертвой неуважительного отношения к праву на частную жизнь или кто-то обнародовал информацию о вас, которую вы считаете конфиденциальной?
Неуважение, некачественное обслуживание клиентов или другое негативное поведение	<ul style="list-style-type: none"> • Кто-то повел себя грубо или неуважительно по отношению к вам? • Вы недовольны обращением сотрудников службы поддержки участников? • Вам кажется, что вас подталкивают к тому, чтобы прекратили свое участие в плане?
Время ожидания	<ul style="list-style-type: none"> • У вас возникают проблемы с записью на прием или вам пришлось слишком долго ждать его? • Вы подолгу ждете врачей, фармацевтов и другой медицинский персонал? Приходилось ли вам долго ждать сотрудников службы поддержки участников или других сотрудников плана? <ul style="list-style-type: none"> ○ Например, это может быть долгое ожидание по телефону, в приемной, при получении рецепта, в смотровой.
Чистота	<ul style="list-style-type: none"> • Вы недовольны чистотой или условиями в клинике, больнице, кабинете врача?
Информация, получаемая от нас	<ul style="list-style-type: none"> • Вам кажется, что вы не получили уведомление, которое мы обязаны предоставить вам? • Вам кажется, что информация, предоставляемая в письменном виде, трудна для понимания?

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Жалоба	Пример
<p>Своевременность (Эти типы жалоб относятся к <i>своевременности</i> наших действий, связанных с решениями о страховом покрытии и апелляциями)</p>	<p>Процедура запроса решения о покрытии и подачи апелляции описана в разделах 4-10 этой главы. Если вы запрашиваете решение о покрытии или хотите подать апелляцию, используйте эту процедуру, а не процедуру подачи жалобы.</p> <p>Однако, если вы уже обратились к нам с запросом о вынесении решения о страховом покрытии и вам кажется, что мы недостаточно быстро реагируем на него, вы также можете подать соответствующую жалобу. Приведем примеры.</p> <ul style="list-style-type: none">• Если вы обратились к нам с просьбой об «ускоренном вынесении решения о страховом покрытии» или «ускоренном рассмотрении апелляции» и вам отказали, вы можете подать жалобу.• Если вы уверены, что мы не соблюдаем сроки предоставления решения о страховом покрытии или ответа на поданную апелляцию, вы можете подать жалобу.• Если в результате пересмотра решения о страховом покрытии обнаружится, что мы обязаны покрыть либо возместить вам стоимость определенных медицинских услуг или препаратов, то должны быть установлены сроки выполнения таких требований. Если вы считаете, что мы не соблюдаем эти сроки, то можете подать жалобу.• Если решение вовремя не выносится, то мы обязаны передать ваше дело в организацию по проведению независимой экспертизы. Если это действие не выполняется в установленный срок, то вы можете подать жалобу.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)**Раздел 11.2 Официальное название процесса подачи жалобы — «заявление претензии»****Юридические термины**

- То, что в рамках данного раздела мы именуем «**жалобой**», также может называться «**претензией**».
- Еще один вариант определения термина «**подача жалобы**» — «**заявление претензии**».
- Вместо «**применение процедуры подачи жалобы**» можно сказать «**применение процедуры заявления претензии**».

Раздел 11.3 Пошаговая инструкция: Подача жалобы**Шаг 1. Незамедлительно свяжитесь с нами — по телефону или по почте.**

- **Как правило, первый шаг — это звонок в службу поддержки участников.** О дополнительных действиях вам сообщат в службе поддержки участников (если они необходимы). Позвоните в службу поддержки участников по номеру 1-866-610-2273 (TTY 711). Звонки по этому номеру бесплатны. Телефонная линия работает с 08:00 до 20:00 без выходных в период с 1 октября до 31 марта. График работы службы поддержки участников с 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу и в воскресенье с 8:00 до 18:00.
- **Если вы не хотите звонить (или уже звонили, но остались недовольны), то можете оформить жалобу в письменном виде и отправить ее нам.** Если вы оформляете жалобу в письменном виде, мы ответим вам в таком же формате.
- **Вам необходимо незамедлительно обратиться в службу поддержки участников (можно как по телефону, так и в письменной форме).** Жалобу можно подать в любое время после обнаружения проблемы, указанной в жалобе.
- **Если вы подаете жалобу, потому что ваш запрос об «ускоренном вынесении решения о страховом покрытии» или «ускоренном рассмотрении апелляции» был отклонен, вам автоматически предоставляется право на ускоренное рассмотрение вашей жалобы.** Ускоренное рассмотрение жалобы означает, что вы получите ответ в течение **24 часов**.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)**Юридические термины**

То, что в рамках данного раздела мы именуем «**жалобой, требующей ускоренного рассмотрения**», также может называться «**претензией, требующей срочного рассмотрения**».

Шаг 2. Мы рассматриваем вашу жалобу и сообщаем о своем решении.

- **Если это возможно, ответ будет предоставлен незамедлительно.** Если вы обращаетесь к нам с жалобой по телефону, возможно, ответ будет дан в ходе этого телефонного разговора. Если по состоянию вашего здоровья требуется срочный ответ, мы вам его предоставим.
- **На большинство жалоб ответ предоставляется в течение 30 календарных дней.** Если нам требуется дополнительная информация, а задержка — в ваших интересах или вы просите о дополнительном времени, срок рассмотрения можно продлить не более чем на 14 календарных дней (общий срок — 44 календарных дня). Если нам потребуется дополнительное время, мы сообщим вам об этом устно и в письменной форме.
- **Если мы отклоним вашу жалобу** частично или полностью, или откажемся принять на себя ответственность за вашу проблему, то сообщим вам об этом. В ответе мы укажем причины, по которым даем именно такой ответ. Мы обязаны дать ответ на жалобу, независимо от того, согласны мы с требованием или нет.

Раздел 11.4 Также можно подавать жалобы о качестве ухода в организацию по повышению качества обслуживания

Вы можете подать жалобу относительно качества получаемого ухода нам, используя описанную ранее пошаговую процедуру.

Ниже описаны варианты действий на тот случай, если ваша жалоба касается **качества обслуживания**.

- **Можно подать жалобу в организацию по повышению качества обслуживания.** По желанию вы можете подать жалобу на качество обслуживания непосредственно в организацию по повышению качества обслуживания (**не** подавая жалобу нам).
 - Организация по улучшению качества обслуживания — это коллектив практикующих врачей и других специалистов из сферы здравоохранения, деятельность которых финансируется федеральным правительством. Их задача — проверка и повышение качества обслуживания участников программы Medicare.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Чтобы найти название, адрес и номер телефона организации по улучшению качества обслуживания в своем штате, см. раздел 4 главы 2 данной брошюры. Если вы подаете жалобу в эту организацию, мы будем сотрудничать с ней с целью решения проблемы, указанной в жалобе.
- **Можно подать жалобу относительно качества обслуживания и представителям плана, и в эту организацию одновременно.** Вы можете подать жалобу относительно качества обслуживания одновременно нам и в организацию по повышению качества обслуживания.

Раздел 11.5 Можно также подать жалобу в Medicare MassHealth (Medicaid)

Жалобу касательно услуг, предоставляемых по плану Senior Care Options Program, можно подать непосредственно в Medicare. Для этого перейдите по адресу **Error! Referencia de hipervínculo no válida.** www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. В Medicare внимательно и серьезно относятся к поступающим жалобам, и полученная информация используется для повышения качества обслуживания.

Если у вас есть другие замечания или вопросы или вам кажется, что представители плана не реагируют на ваши обращения, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Номер для пользователей телетайпа (TTY) или линии TDD: 1-877-486-2048.

Раздел 11.6 Равноправие людей с различными психическими состояниями и жалобы по этому поводу

Согласно федеральным законам и законам штата все организации по предоставлению ухода, которыми управляет MassHealth (Medicaid), в том числе план Senior Care Options Program, обязаны предоставлять услуги психотерапии (нуждающимся в этом участникам) в требуемых объемах так же, как и услуги по лечению физических заболеваний. Именно это подразумевается под «равноправием». Ниже объясняется, что это предусматривает.

1. План Senior Care Options Program обязан предоставлять услуги по лечению различных психических состояний и разных видов зависимости от психоактивных веществ в такой же мере, как и в случае физических заболеваний.
2. Требования плана Senior Care Options Program относительно предварительного разрешения и ограничения на лечение, устанавливаемые для обеспечения психического здоровья и лечения зависимости от психоактивных веществ, не должны отличаться от тех, что касаются услуг по поддержанию физического здоровья.
3. Программа Senior Care Options Program должна предоставить вам или вашему поставщику критерии обоснованности по медицинским показаниям, которые используются планом для выдачи предварительного разрешения на ваш запрос или запрос поставщика.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

4. Также программа Senior Care Options Program должна в установленные сроки сообщить о причине отказа в разрешении на предоставление услуг для людей с различными психическими состояниями или зависимостью от психоактивных веществ.

Если вы считаете, что программа Senior Care Options Program не обеспечивает равноправие так, как описано выше, то можете оформить претензию. Более подробные сведения о претензиях и их оформлении можно найти в разделе 11.3 этой главы *Подтверждения страхового покрытия*.

Вы также можете подать претензию в MassHealth (Medicaid). Обращайтесь в Центр обслуживания участников MassHealth (Medicaid) по номеру 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

Чтобы получить более подробную информацию, см. 130 CMR 450.117(J).

ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ СО ЛЬГОТАМИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫМИ ПО ПРОГРАММЕ MASSHEALTH (MEDICAID)**РАЗДЕЛ 12 Решение проблем, касающихся льгот MassHealth (Medicaid)****Права на подачу апелляции уровня 2 в MassHealth (Medicaid) на рассмотрение в Совете слушаний MassHealth**

Участники плана застрахованы по двум программам: Medicare и MassHealth (Medicaid). Если вы будете недовольны каким-либо действием или бездействием с нашей стороны (например, отказ плана в предоставлении услуги или ее оплаты), то у вас есть право подать апелляцию по этому вопросу в MassHealth (Medicaid). В каждом письменном уведомлении о принятом решении вы будете получать информацию о вашем праве подать апелляцию на рассмотрение в Совете слушаний MassHealth (Medicaid).

Шаг 1. Обратитесь в Совет слушаний MassHealth (Medicaid) и попросите рассмотреть вашу апелляцию

Вы можете запросить объективное разбирательство с помощью процедуры подачи апелляции через Совет слушаний MassHealth (Medicaid).

- Чтобы вашу апелляцию рассматривал Совет слушаний, необходимо подать запрос на объективное разбирательство в MassHealth (Medicaid) не позже чем через 30 календарных дней с даты отправки вам изначального письменного уведомления программы Senior Care Options Program об отказе в покрытии.
- Запрос с копией окончательного уведомления об отказе плана необходимо отправить по следующему адресу:

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

Executive Office of Health & Human Services — Office of Medicaid
Board of Hearings
100 Hancock Street, 6th Floor
Quincy, MA 02171
Или по факсу: (617) 847-1204

Сохраните один экземпляр запроса о проведении объективного разбирательства для справки.

- Чтобы получить форму для запроса на объективное разбирательство и дополнительную информацию о правах касательно подачи апелляции, обратитесь в Совет слушаний по телефону 617-847-1200 или 1-800-655-0338. Форма также доступна на сайте www.mass.gov/eohhs/docs/masshealth/appforms/fair-hearing.pdf.
- Если ваша апелляция рассматривалась в срочном порядке на этапе внутреннего разбирательства (апелляция уровня 1), предусмотренного нашим планом, Совет слушаний должен получить ваш запрос на объективное разбирательство в течение 20 календарных дней с даты отправки вам изначального письменного отказа программы Senior Care Options Program в покрытии, срочное рассмотрение которого запрашивалось у Совета слушаний. Однако если Совет слушаний получит ваш запрос на объективное разбирательство через 21–30 календарных дней с даты отправки вам изначального письменного уведомления плана об отказе в покрытии, Совет рассмотрит апелляцию в стандартные сроки.
- Во время рассмотрения дела в Совете слушаний вы можете продолжить пользоваться услугами, в отношении которых вами подается апелляционная жалоба. Чтобы продолжить получать соответствующие услуги во время апелляционного процесса, вам следует подать апелляционный запрос в Совет слушаний не позднее десяти (10) календарных дней с даты отправки вам планом Senior Care Options Program решения по апелляции. Вы должны сообщить Совету слушаний, что желаете продолжать получать услугу, в отношении которой вами подана апелляционная жалоба. Если вы продолжите получать соответствующие услуги на протяжении апелляционного процесса в Совете слушаний, на вас может быть возложена ответственность по оплате стоимости этих услуг. Вы также можете не продолжать получение услуг в процессе рассмотрения вашей апелляции.

Шаг 2. Совет слушаний MassHealth (Medicaid) рассматривает ваш вопрос и выносит свое решение

Совет слушаний рассмотрит вашу апелляцию и уведомит вас о принятом решении.

- Если Совет слушаний вынесет положительное решение по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, мы обязаны выдать разрешение или предоставить вам соответствующее обслуживание в течение 72 часов, либо так быстро, как того требует ваше состояние.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- Если Совет слушаний вынесет отрицательное решение по всем или некоторым пунктам вашего запроса, это означает согласие с решением плана по вашей апелляции.

Шаг 3. Если решение будет отрицательным по всем или по некоторым пунктам вашего запроса, у вас есть право подать следующую апелляцию согласно правилам MassHealth (Medicaid).

- Если вы не согласны с решением по результатам объективного разбирательства, у вас есть право подать следующую апелляцию в соответствии с правилами обслуживания MassHealth (Medicaid). В этом случае вы получите уведомление с описанием ваших прав на подачу апелляции.

Чтобы получить содействие в процессе подачи апелляции или дополнительную информацию о правах на подачу апелляции, вы можете обратиться в службу поддержки участников Senior Care Options Program (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

РАЗДЕЛ 13 Информирование о мошенничестве, неэкономном использовании или злоупотреблении

При подозрении в мошенничестве, неэкономном использовании или злоупотреблении:

- **Звоните** на горячую линию по вопросам нормативно-правового соответствия компании ССА по номеру 1-800-826-6762
или
- **Отправьте сообщение на адрес электронной почты** компании [ССА Compliance@commonwealthcare.org](mailto:Compliance@commonwealthcare.org)

Наша работа направлена на предотвращение мошенничества, неэкономного использования и злоупотреблений и на борьбу с ними.

Сообщить об этих случаях можете вы сами, члены вашей семьи или лицо, осуществляющее уход за вами. Ваши жалобы конфиденциальны. Жалоба также может быть анонимной. Она не повлияет на оказание вам услуг.

Что такое мошенничество, неэкономное использование и злоупотребление?

Это все различные виды нецелевого использования ресурсов, денежных средств или собственности компании ССА, федерального правительства или правительства штата.

Глава 8. Что делать, если у вас возникла проблема или есть жалоба (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)

- **Мошенничество** — это нечестные действия, совершенные преднамеренно и с осознанием того, что ресурсы поступят в распоряжение лиц, для которых они не предназначены
- **Неэкономное использование** — это чрезмерное потребление ресурсов. Неэкономное использование не является преднамеренным.
- **Злоупотребление** — действия, которые приводят к затратам или платежам за услуги, которые не являются необходимыми с медицинской точки зрения или не соответствуют принятым стандартам оказания медицинской помощи

Например:

- Выставление счетов за неоказанные услуги
- Предоставление ложных сведений при выставлении счетов за услуги, например:
 - Указание другого типа услуги
 - Указание другой стоимости
 - Указание другой даты
 - Указание другого поставщика или лица, получившего услуги
- Использование чужой идентификационной карты
- Доставка оборудования или принадлежностей для участников, которые не испытывают в этом необходимости

Советы о том, как защититься от мошенничества

«Бесплатная» медицинская помощь или лечение, которые вам предлагают в рекламе, по телефону или при личном посещении, **могут оказаться мошенническим трюком.**

Что делать:

- Соблюдайте осторожность!
- Ознакомьтесь с документами от компании ССА и убедитесь, что вы получили то лечение, за которое взимается плата. Если что-то кажется неправильным, задавайте вопросы.
- Не передавайте по телефону сведения об участии в программе Medicare, данные о социальном обеспечении, банковских счетах или кредитных картах.
- Если кто-то приходит к вам в дом, попросите предъявить удостоверение. Сотрудники ССА не имеют права посещать вас на дому без вашего разрешения.

Более подробная информация представлена на сайте <https://www.commonwealthcarealliance.org/report-fraud>.

ГЛАВА 9.

Завершение участия в плане

Глава 9. Завершение участия в плане

РАЗДЕЛ 1	Введение	282
Раздел 1.1	В этой главе рассматривается прекращение участия в плане.....	282
РАЗДЕЛ 2	Когда можно завершить участие в плане.....	282
Раздел 2.1	Вы можете отказаться от участия в плане, если вы застрахованы по программам Medicare и MassHealth (Medicaid).....	282
Раздел 2.2	Вы можете прекратить участие в плане во время ежегодного периода регистрации.....	284
Раздел 2.3	Вы можете прекратить участие в плане во время открытого периода регистрации в плане Medicare Advantage.....	285
Раздел 2.4	При определенных обстоятельствах вы можете прекратить участие в плане во время особого периода регистрации.....	285
Раздел 2.5	Где узнать дополнительную информацию о том, когда можно прекратить участие в плане	287
РАЗДЕЛ 3	Как прекратить участие в плане.....	287
Раздел 3.1	Участие можно прекратить, зарегистрировавшись в другом плане.....	287
РАЗДЕЛ 4	До выхода из плана участники обязаны получать через наш план соответствующие медицинские услуги и препараты.....	289
Раздел 4.1	До выхода из плана вы считаетесь его участником.....	289
РАЗДЕЛ 5	В некоторых случаях участие может быть прекращено по решению плана Senior Care Options Program.....	290
Раздел 5.1	В каких случаях мы исключаем участников из плана	290
Раздел 5.2	Мы <u>не можем</u> исключить участника по причинам, связанным с его здоровьем	291
Раздел 5.3	Если вас исключат из плана, можно подать жалобу.....	291

РАЗДЕЛ 1 Введение

Раздел 1.1	В этой главе рассматривается прекращение участия в плане
-------------------	---

Прекращение участия в плане Senior Care Options Program может быть **добровольным** (по вашему собственному желанию) или **вынужденным** (ввиду других обстоятельств):

- Участник может выйти из плана, просто потому что *принял такое решение*.
 - Завершить участие в плане можно в любое время. В разделе 2 описаны типы планов, в которых вы можете зарегистрироваться, и о сроках, когда новое страховое покрытие начнет предоставляться.
 - Процесс добровольного прекращения участия зависит от выбранного типа нового страхового покрытия. В разделе 3 описано, *как* прекратить участие в плане в обоих случаях.
- Существует несколько ситуаций, когда выйти из плана вам придется не по собственному желанию, а ввиду других обстоятельств. В разделе 5 описаны ситуации, когда мы обязаны завершить ваше участие.

Если вы выходите из нашего плана, то обязаны получать медицинский уход по условиям нашего плана до фактической даты прекращения участия.

РАЗДЕЛ 2 Когда можно завершить участие в плане

Вы можете прекратить участие в плане только в определенные периоды, называемые периодами регистрации. Все участники имеют возможность выйти из плана во время ежегодного периода регистрации (Annual Enrollment Period), а также во время открытого периода регистрации в плане Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period). В некоторых случаях вы также имеете право выйти из плана в другое время.

Раздел 2.1	Вы можете отказаться от участия в плане, если вы застрахованы по программам Medicare и MassHealth (Medicaid)
-------------------	---

Большинство участников Medicare могут выйти из плана только в определенный период в году. Поскольку вы пользуетесь страховым покрытием Medicaid, вы можете прекратить участие в плане или сменить план один раз во время каждого из нижеперечисленных особых периодов регистрации:

- с января по март
- с апреля по июнь
- с июля по сентябрь

Глава 9. Завершение участия в плане

Если вы вступили в наш план в один из указанных периодов, вам придется дождаться следующего периода регистрации, чтобы выйти из плана или сменить план. Вы не можете выйти из плана во время особого периода регистрации (Special Enrollment Period) с октября по декабрь. Однако все лица, имеющие страховку Medicare, могут поменять страховой план во время ежегодного периода регистрации, который продолжается с 15 октября по 7 декабря. В разделе 2.2 подробно рассказывается о ежегодном периоде регистрации.

Если вы участвуете в программе контроля за использованием наркотических препаратов, вам, вероятно, не удастся поменять план. Более подробную информацию о программах контроля за использованием наркотических препаратов вы найдете в разделе 10 главы 5.

- **На какой тип плана можно перейти?** Если вы решите сменить план, то можете выбрать любой из указанных ниже типов планов Medicare.
 - Другой план медицинского страхования Medicare. (Можно выбрать план, который покрывает стоимость отпускаемых по рецепту препаратов, или тот, условиями которого это не предусмотрено.)
 - Original Medicare с отдельным планом обеспечения рецептурными препаратами Medicare
 - При переходе на Original Medicare без регистрации в отдельном плане Medicare, покрывающем отпускаемые по рецепту препараты, Medicare может зарегистрировать вас в плане обеспечения препаратами. Это возможно, если вы не отказались от автоматической регистрации.

Примечание: Если выйти из плана Medicare, который покрывает стоимость отпускаемых по рецепту препаратов и оставаться без «зачитываемого» покрытия в течение 63 дней или более длительного срока, а потом снова зарегистрироваться в соответствующем плане Medicare, возможно, вам придется уплатить штраф за позднюю регистрацию. («Зачитываемое» покрытие в среднем должно быть не меньше стандартного покрытия Medicare для отпускаемых по рецепту препаратов).

Чтобы узнать о доступных планах Masshealth (Medicaid), обратитесь в отделение Medicaid или MassOptions в своем штате (номера телефонов указаны в разделе 6 главы 2 данной брошюры).

- **Когда завершится ваше участие?** Как правило, участие прекращается в первый день месяца после того, как мы получаем запрос на смену плана. В этот же день вы официально становитесь участником нового плана.

Раздел 2.2	Вы можете прекратить участие в плане во время ежегодного периода регистрации
-------------------	---

Вы можете прекратить участие в плане во время ежегодного периода регистрации (также известного как «ежегодный открытый период регистрации») В этот период вам нужно оценить возможности, предоставляемые вашей страховкой, покрывающей медицинские услуги и препараты, а также выбрать страховку на следующий год.

- **Что такое ежегодный период регистрации?** Ежегодный период регистрации начинается 15 октября и продолжается до 7 декабря.
- **На какой план вы можете перейти во время ежегодного периода регистрации?** Вы можете продлить вашу текущую страховку или выбрать новый страховой план на следующий год. Если вы решите сменить план, то можете выбрать любой из нижеперечисленных типов планов:
 - Другой план медицинского страхования Medicare. (Можно выбрать план, который покрывает стоимость отпускаемых по рецепту препаратов, или тот, условиями которого это не предусмотрено.)
 - Original Medicare с отдельным планом обеспечения рецептурными препаратами Medicare
 - *или* Original Medicare без отдельного плана Medicare по обеспечению рецептурными препаратами

Если вы получаете от Medicare дополнительную помощь в оплате отпускаемых по рецепту препаратов в рамках программы Extra Help: При переходе на Original Medicare без регистрации в отдельном плане Medicare, покрывающем отпускаемые по рецепту препараты, Medicare может зарегистрировать вас в плане обеспечения препаратами. Это возможно, если вы не отказались от автоматической регистрации.

Примечание: Если выйти из плана Medicare, который покрывает стоимость отпускаемых по рецепту препаратов, и остаться без «зачитываемого» покрытия, а потом снова зарегистрироваться в соответствующем плане Medicare, возможно, вам придется уплатить штраф за позднюю регистрацию. («Зачитываемое» покрытие в среднем должно быть не меньше стандартного покрытия Medicare для отпускаемых по рецепту препаратов). Подробная информация о штрафе за позднюю регистрацию приводится в разделе 4 главы 1.

- **Когда завершится ваше участие?** Ваше участие в плане завершится с началом действия нового плана медицинского страхования - с 1 января.

Раздел 2.3	Вы можете прекратить участие в плане во время открытого периода регистрации в плане Medicare Advantage
-------------------	---

Вы имеете право *однократно* поменять страховку во время **открытого периода регистрации в плане Medicare Advantage**.

- **Когда наступает ежегодный открытый период регистрации в плане Medicare Advantage?** Этот период начинается 1 января и продолжается до 31 марта ежегодно.
- **На какой план вы можете перейти во время ежегодного открытого периода регистрации в плане Medicare Advantage?** В этот период вы можете:
 - Перейти на другой план Medicare Advantage. (Можно выбрать план, который покрывает стоимость отпускаемых по рецепту препаратов, или тот, условиями которого это не предусмотрено.)
 - Выйти из нашего плана и получить страховое покрытие через Original Medicare. Если вы желаете в указанный период перейти на программу Original Medicare, вы должны до 31 марта стать участником отдельного плана обеспечения рецептурными препаратами Medicare.
- **Когда завершится ваше участие?** Ваше участие в плане завершится в первый день месяца, следующего за месяцем вашего присоединения к другому плану Medicare Advantage или за месяцем, в котором мы получили от вас заявление о переходе на план Original Medicare. Если вы также желаете присоединиться к плану Medicare, покрывающему рецептурные препараты, ваше участие в таком плане начнется в первый день месяца, следующего за месяцем получения вашего заявления на участие в плане.

Раздел 2.4	При определенных обстоятельствах вы можете прекратить участие в плане во время особого периода регистрации
-------------------	---

В некоторых случаях вы имеете право выйти из плана в иное время. Другие периоды, во время которых вы можете прекратить участие в плане, называются **особыми периодами регистрации**.

- **Кто может воспользоваться особым периодом регистрации?** Если вы находитесь в одной из нижеперечисленных ситуаций, вам может быть предоставлено право завершить участие в плане во время особого периода регистрации. Мы приводим лишь отдельные примеры таких ситуаций. Чтобы получить подробный список, обратитесь к представителям плана, свяжитесь по телефону с представителями Medicare или посетите сайт www.medicare.gov:
 - как правило, если вы меняли место жительства;
 - если у вас есть страховка MassHealth (Medicaid);

Глава 9. Завершение участия в плане

- если вы имеете право на участие в программе Extra Help (программе дополнительной помощи в оплате отпускаемых по рецепту препаратов);
- если мы нарушим условия заключенного с вами договора;
- если вы получаете уход в каком-либо учреждении, например в учреждении сестринского ухода или в учреждении долгосрочного ухода (LTC),
- если вы присоединитесь к программе комплексного ухода за пожилыми людьми (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Примечание:** Если вы участвуете в программе контроля за использованием наркотических препаратов, вам, вероятно, не удастся поменять план. Более подробную информацию о программах контроля за использованием наркотических препаратов вы найдете в разделе 10 главы 5.

Примечание: В разделе 2.2 более подробно рассказывается об особом периоде регистрации для участников программы (MassHealth) Medicaid.

- **Когда наступают особые периоды регистрации?** Сроки периодов регистрации изменяются в зависимости от вашей ситуации.
- **Что вы можете сделать.** Чтобы узнать, имеете ли вы право воспользоваться особым периодом регистрации, позвоните по номеру Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Звонки принимаются круглосуточно и без выходных. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Если вы имеете право выйти из плана ввиду особой ситуации, вы можете сменить как медицинскую страховку Medicare, так и страховое покрытие рецептурных препаратов. Это означает, что вы можете выбрать любой из нижеперечисленных типов планов:
 - Другой план медицинского страхования Medicare. (Можно выбрать план, который покрывает стоимость отпускаемых по рецепту препаратов, или тот, условиями которого это не предусмотрено.)
 - Original Medicare с отдельным планом обеспечения рецептурными препаратами Medicare
 - – или – Original Medicare без отдельного плана Medicare, покрывающего отпускаемые по рецепту препараты.

Если вы получаете от Medicare дополнительную помощь в оплате отпускаемых по рецепту препаратов в рамках программы Extra Help: При переходе на Original Medicare без регистрации в отдельном плане Medicare, покрывающем отпускаемые по рецепту препараты, Medicare может зарегистрировать вас в плане обеспечения препаратами. Это возможно, если вы не отказались от автоматической регистрации.

Примечание: Если выйти из плана Medicare, который покрывает стоимость отпускаемых по рецепту препаратов и оставаться без «зачитываемого» покрытия в течение 63 дней или более длительного срока, а потом снова зарегистрироваться в соответствующем плане Medicare, возможно, вам придется уплатить штраф за позднюю регистрацию. («Зачитываемое»

Глава 9. Завершение участия в плане

покрытие в среднем должно быть не меньше стандартного покрытия Medicare для отпускаемых по рецепту препаратов). Подробная информация о штрафе за позднюю регистрацию приводится в разделе 4 главы 1.

- **Когда завершится ваше участие?** Как правило, участие прекращается в первый день месяца после того, как мы получаем запрос на смену плана.

Примечание: В разделах 2.1 и 2.2 более подробно рассказывается об особых периодах регистрации для участников программ Medicaid и Extra Help.

Раздел 2.5	Где узнать дополнительную информацию о том, когда можно прекратить участие в плане
-------------------	---

Если у вас есть вопросы или вам нужна дополнительная информация о том, когда можно завершить свое участие, воспользуйтесь указанными ниже советами.

- Свяжитесь со **службой поддержки участников** (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).
- Информация указана в справочнике *Medicare & You (Medicare и вы) на 2021 год*.
 - Каждый участник плана Medicare ежегодно осенью получает экземпляр справочника *Medicare & You*. Новые участники получают его в течение месяца после регистрации.
 - Справочник также можно загрузить на сайте Medicare (www.medicare.gov) или заказать печатный экземпляр, обратившись в Medicare по указанному ниже номеру телефона.
- В **Medicare** можно обращаться по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

РАЗДЕЛ 3 **Как прекратить участие в плане**

Раздел 3.1	Участие можно прекратить, зарегистрировавшись в другом плане
-------------------	---

Обычно, чтобы завершить участие в нашем плане, достаточно просто зарегистрироваться в другом плане Medicare. Однако если вы хотите перейти из нашего плана в программу Original Medicare, но еще не выбрали отдельный план обеспечения рецептурными препаратами Medicare, то вам необходимо обратиться с просьбой об отмене вашей регистрации в нашем плане. Это можно сделать двумя способами.

- Отправить нам запрос в письменном виде. Дополнительные сведения об этом можно получить в службе поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Глава 9. Завершение участия в плане

- --или-- позвонить в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

В следующей таблице описано, как вам следует завершить участие в нашем плане.

Если вы хотите сменить план и выбрать:	Что вы должны сделать
<ul style="list-style-type: none"> • Другой план медицинского страхования Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • В любое время зарегистрироваться в новом плане медицинского страхования Medicare. Действие покрытия в рамках нового плана начнется с первого дня следующего месяца. Когда начнет действовать покрытие нового плана, ваше участие в программе Senior Care Options Program будет автоматически прекращено.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare с отдельным планом обеспечения рецептурными препаратами Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • В любое время зарегистрироваться в новом плане обеспечения рецептурными препаратами Medicare. Действие покрытия в рамках нового плана начнется с первого дня следующего месяца. Когда начнет действовать покрытие нового плана, ваше участие в программе Senior Care Options Program будет автоматически прекращено.

Глава 9. Завершение участия в плане

Если вы хотите сменить план и выбрать:	Что вы должны сделать
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>без</i> отдельного плана обеспечения рецептурными препаратами Medicare <ul style="list-style-type: none"> ○ При переходе на Original Medicare без регистрации в отдельном плане Medicare, покрывающем отпускаемые по рецепту препараты, Medicare может зарегистрировать вас в плане обеспечения препаратами. Это возможно, если вы не отказались от автоматической регистрации. ○ Если выйти из плана Medicare, который покрывает стоимость отпускаемых по рецепту препаратов, и остаться без «зачитываемого» покрытия, а потом снова зарегистрироваться в соответствующем плане Medicare, возможно, вам придется уплатить штраф за позднюю регистрацию. 	<ul style="list-style-type: none"> • Отправить нам письменный запрос на прекращение участия. Дополнительные сведения об этом можно получить в службе поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). • Также можно обратиться с просьбой прекратить ваше участие непосредственно в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Звонки принимаются круглосуточно и без выходных. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. • Ваше участие в программе Senior Care Options Program будет прекращено, когда начнет действовать покрытие программы Original Medicare.

По вопросам, связанным с льготами Medicaid, обращайтесь в MassHealth (Medicaid) по номеру 1-800-841-2900 (ТТУ: 1-800-497-4648) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Сведения о том, как обратиться в представительство программы MassHealth (Medicaid), см. в главе 2, раздел 6. Уточните, как переход в другой план или возвращение в программу Original Medicare повлияет на получение покрытия по программе MassHealth (Medicaid).

РАЗДЕЛ 4 До выхода из плана участники обязаны получать через наш план соответствующие медицинские услуги и препараты

Раздел 4.1 До выхода из плана вы считаетесь его участником

Для завершения регистрации в программе Senior Care Options Program и начала участия в новом плане Medicare и MassHealth (Medicaid) может потребоваться некоторое время (информацию о том, когда начинает действовать новое покрытие, см. в разделе 2). В течение этого времени вы обязаны продолжать получать медицинский уход и препараты, отпускаемые по рецепту, по условиям нашего плана.

Глава 9. Завершение участия в плане

- **Вы должны продолжать пользоваться нашими сетевыми аптеками, чтобы получать препараты по рецепту, до завершения участия в плане.** Как правило, стоимость отпускаемых по рецепту препаратов покрывается только в том случае, если вы получили их в сетевой аптеке (в том числе с помощью заказа по почте).
- **Если участника госпитализируют в день прекращения участия, наш план все равно будет покрывать расходы на пребывание в больнице до даты выписки** (даже если на момент выписки будет действовать новое страховое покрытие).

РАЗДЕЛ 5 В некоторых случаях участие может быть прекращено по решению плана Senior Care Options Program

Раздел 5.1 В каких случаях мы исключаем участников из плана
--

Мы прекращаем ваше участие в программе Senior Care Options Program в следующих случаях:

- Если вы не являетесь участником Medicare, часть А и часть В. Однако вы можете оставаться участником нашего плана по программе MassHealth (Medicaid) до тех пор, пока вы зарегистрированы в MassHealth Standard.
- Если вы более не соответствуете критериям участия в MassHealth (Medicaid). Как указано в разделе 2.1 главы 1, наш план предназначен для лиц, отвечающих критериям участия в программах Medicare и MassHealth (Medicaid). Чтобы участвовать в этом плане, вам необходимо быть зарегистрированным в программе MassHealth Standard.
- Если вы переезжаете за пределы нашей территории обслуживания
- Если вы отсутствуете на территории обслуживания более шести месяцев
 - Если вы переезжаете или отправляетесь в долгосрочную поездку, вам необходимо обратиться в службу поддержки участников и узнать, предоставляется ли на территории, куда вы переезжаете или отправляетесь, обслуживание нашего плана (номера телефонов службы поддержки участников указаны на задней стороне обложки данной брошюры).
- В случае лишения вас свободы (тюремного заключения)
- Если вы не являетесь гражданином Соединенных Штатов и не проживаете на территории Соединенных Штатов на законном основании
- Если вы не сообщаете или предоставляете ложную информацию о других страховках, которыми пользуетесь, и по которым покрываются ваши отпускаемые по рецепту препараты
- Если вы намеренно предоставляете нам неправильную информацию при регистрации в плане, и эта информация влияет на ваше право участия в нем (в

Глава 9. Завершение участия в плане

таком случае мы не имеем права исключить вас из плана без предварительного разрешения от Medicare).

- Если вы постоянно ведете себя агрессивно или так, что предоставление медицинского ухода вам и другим участникам плана становится затруднительным (в таком случае мы не имеем права исключить вас из плана без предварительного разрешения от Medicare).
- Если вы позволяете другим людям пользоваться вашей карточкой участника для получения медицинского ухода (в таком случае мы не имеем права исключить вас из плана без предварительного разрешения от Medicare).
 - Если ваше участие в плане прекращается по этой причине, Medicare может провести расследование по вашему делу с привлечением главного инспектора.
- Если уровень ваших доходов таков, что вы обязаны дополнительно оплачивать участие в программе по части D, но не делаете этого, Medicare отменит вашу регистрацию в плане

Где можно получить более подробную информацию?

Если у вас есть вопросы или вам нужна дополнительная информация о том, когда можно завершить свое участие:

- Можно обратиться в **службу поддержки участников** (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры).

Раздел 5.2	Мы <u>не можем</u> исключить участника по причинам, связанным с его здоровьем
-------------------	--

Senior Care Options Program не может исключить участника из плана из-за состояния его здоровья.

Что нужно делать, если это произойдет?

Если вы считаете, что вас подталкивают к тому, чтобы вы прекратили участие в плане, по причинам, связанным с состоянием вашего здоровья, позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ПользователямTTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Звонки принимаются круглосуточно и без выходных.

Раздел 5.3	Если вас исключат из плана, можно подать жалобу
-------------------	--

Если мы прекращаем ваше участие в плане, то обязаны сообщить вам в письменном виде о причинах такого шага с нашей стороны. Кроме того, мы обязаны объяснить вам, как можно подать жалобу или обжаловать наше решение о прекращении вашего участия. Информация о том, как можно подать жалобу, приведена также в разделе 11 главы 8.

ГЛАВА 10

Правовые оговорки

Глава 10. Правовые уведомления

РАЗДЕЛ 1	Уведомление о регулирующем законодательстве.....	294
РАЗДЕЛ 2	Уведомление о неприемлемости дискриминации.....	294
РАЗДЕЛ 3	Уведомление о регрессивном праве Medicare как вторичного плательщика	296
РАЗДЕЛ 4	Кто получает платежи по этому договору	296
РАЗДЕЛ 5	Уведомления	296
РАЗДЕЛ 6	Уведомление об определенных событиях	297

РАЗДЕЛ 1 Уведомление о регулирующем законодательстве

К документу «Подтверждение страхового покрытия» применимо множество законов, в том числе некоторые предусмотренные законодательством дополнительные положения, которые могут влиять на ваши права и обязанности, даже если они не включены в этот документ и не объяснены в нем. Основной применяемый к этому документу закон — это Раздел XVIII Закона о социальном страховании и нормы, разработанные согласно Закону о социальном страховании в Центрах обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Кроме того, могут применяться другие федеральные законы, а при некоторых обстоятельствах — и законы штата, в котором вы проживаете.

РАЗДЕЛ 2 Уведомление о неприемлемости дискриминации

Мы не допускаем дискриминации участников по расовому, этническому, национальному или религиозному признакам, по цвету кожи, половому признаку, возрасту, умственной или физической нетрудоспособности, по состоянию здоровья, практике выплаты страховых возмещений, истории болезни, генетической информации, доказательствам приемлемости к страхованию или географическому местонахождению. Все организации, предоставляющие планы Medicare Advantage, как наш план, обязаны соблюдать требования федеральных законов против дискриминации, в том числе Раздела VI Закона о гражданских правах 1964 года, Закона о реабилитации 1973 года, Закона о возрастной дискриминации 1975 года, Закона об американцах-инвалидах, Части 1557 Закона о доступном медицинском обслуживании и всех прочих законов, которые распространяются на организации, финансируемые федеральным правительством, а также других законов и правил, применяемых на каких-либо иных основаниях.

Commonwealth Care Alliance® соблюдает применимое федеральное законодательство и не допускает дискриминации на основании заболеваний, состояния здоровья, получения услуг в сфере здравоохранения, практики выплаты страховых возмещений, истории болезни, нетрудоспособности (включая психические расстройства), семейного положения, возраста, пола (в т. ч. стереотипов, связанных с полом, и гендерной идентичности), по расовому, этническому, национальному или религиозному признакам или по факту получения социальных пособий. Commonwealth Care Alliance не отказывает в услугах и не относится к людям по-разному из-за заболеваний, состояния здоровья, получения услуг в сфере здравоохранения, практики выплаты страховых возмещений, истории болезни, нетрудоспособности (включая психические расстройства), семейного положения, возраста, пола (в т. ч. стереотипов, связанных с полом, и гендерной идентичности), расовых, этнических, национальных или религиозных признаков или факта получения социальных пособий.

Глава 10. Правовые уведомления

Commonwealth Care Alliance:

- предоставляет бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями, чтобы обеспечить их эффективное общение с нами, в частности:
 - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
 - изложенную письменно информацию в других форматах (крупный шрифт, аудиозапись, доступные электронные и другие форматы).
- предоставляет бесплатные услуги перевода лицам, для которых английский не является родным языком, в том числе:
 - услуги квалифицированных устных переводчиков;
 - информацию в письменной форме на других языках

Если вы нуждаетесь в таких услугах, свяжитесь с координатором по гражданским правам.

Если вы считаете, что организация Commonwealth Care Alliance® не предоставила услуги или допустила дискриминацию на основании заболеваний, состояния здоровья, получения услуг в сфере здравоохранения, практики выплаты страховых возмещений, истории болезни, нетрудоспособности (включая психические расстройства), семейного положения, возраста, пола (в т. ч. стереотипов, связанных с полом, и гендерной идентичности), по расовому, этническому, национальному или религиозному признакам или по факту получения социальных пособий, вы можете подать жалобу:

Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108

Телефон: 1-617-960-0474, доб. 3932 (TTY: 711)

Факс: 857-453-4517

Электронная почта: civilrightscordinator@commonwealthcare.org

Вы можете подать жалобу лично, по почте, факсу или электронной почте. Если вам нужна помощь в подаче жалобы, координатор по гражданским правам может вам помочь.

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) Министерства здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services). Это можно сделать в электронном виде через портал подачи жалоб Управления по гражданским правам (Office for Civil Rights Complaint Portal) по адресу crportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, или по почте или по телефону:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20211
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Бланки для подачи жалоб доступны по адресу www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Глава 10. Правовые уведомления

Для получения дополнительной информации, а также в случаях дискриминации или несправедливого отношения, обращайтесь в **Управление по гражданским правам** Министерства здравоохранения и социальных служб США по телефону 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), либо в местное отделение данного управления.

Если у вас имеются ограниченные физические возможности и вам необходима помощь в получении доступа к медицинскому обслуживанию, обращайтесь в службу поддержки участников (номера телефонов указаны на задней стороне обложки данной брошюры). Если у вас есть жалоба, например на недоступность кресел-каталок, сотрудники службы поддержки участников могут вам помочь.

РАЗДЕЛ 3 Уведомление о регрессивном праве Medicare как вторичного плательщика

У нас есть право и обязанность взимать плату за услуги, покрываемые программой Medicare, для которых Medicare не является основным плательщиком. Согласно правилам Центров обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS), приведенным в 42-м томе свода федеральных правил, разделы 422.108 и 423.462, Senior Care Options Program в качестве организации программы Medicare Advantage пользуется такими же правами на получение возмещения, что и Секретарь по правилам CMS, подразделы B–D части 411 42-го тома свода федеральных правил. Правила, описанные в этом разделе, имеют преимущественную силу над любыми законами штата.

РАЗДЕЛ 4 Кто получает платежи по этому договору

План Senior Care Options Program компании Commonwealth Care Alliance или ее внешний управляющий оплатят услуги, предоставленные и утвержденные командой медицинского обслуживания по условиям этого договора, непосредственно их поставщику. Никто не может требовать от вас уплаты счетов, которые должны оплачиваться планом Senior Care Options Program компании Commonwealth Care Alliance.

РАЗДЕЛ 5 Уведомления

Любые уведомления, которые мы отправляем вам согласно условиям договора, будут отправлены вам по указанному в наших записях адресу. Если вы изменяете адрес, сообщите нам об этом без промедления. Чтобы уведомить нас о чем-либо, отправьте уведомление в организацию Commonwealth Care Alliance по адресу: 30 Winter Street, Boston, MA 02108. Можно также позвонить по номеру 1-866-610-2273 (TTY: 711 линии MassRelay).

РАЗДЕЛ 6 Уведомление об определенных событиях

Мы уведомим вас, если будет необходимо прекратить сотрудничество с поставщиком или учреждением, услугами которого вы пользуетесь, либо если дальнейшее использование их услуг невозможно. Это, в частности, больницы, терапевты и другие лица, с которыми у нас заключены договора на предоставление услуг или льгот. Мы подберем для вас другого поставщика, предоставляющего такие же услуги.

ГЛАВА 11

Определения важных терминов

Глава 11. Определения важных терминов

(Комплексное) заключение организации — решение Medicare Advantage по поводу того, какие препараты, медицинские изделия и услуги покрываются планом и какую сумму участник должен за них платить. В этой брошюре вместо термина «заключение организации» используется формулировка «решение о страховом покрытии». Процедура запроса такого решения описана в главе 8.

Extra Help — программа дополнительной помощи Medicare, в рамках которой людям с ограниченными доходами и ресурсами оказывается помощь в оплате отпускаемых по рецепту препаратов и других страховых расходов (например, страховых взносов, франшиз и взносов совместного страхования).

MassHealth (Medicaid, Medical Assistance) — совместная программа федерального правительства и штата, в рамках которой определенной категории граждан с низкими доходами и ограниченными ресурсами оказывается помощь по оплате медицинских расходов. Программы MassHealth (Medicaid) отличаются в зависимости от штата, но все они покрывают большинство расходов на медицинское обслуживание, если вы одновременно подходите для участия в программах Medicare и MassHealth (Medicaid). MassOptions — это бесплатный ресурс, предоставляющий пожилым людям, людям с ограниченными возможностями, лицам, осуществляющим уход, и членам семьи доступ к услугам, которые позволят вам или вашим близким жить самостоятельно в выбранных вами условиях. Сведения о том, как обратиться в представительство программы MassHealth (Medicaid) и MassOptions приведены в главе 2, раздел 6.

Medicare – федеральная программа медицинского страхования для лиц в возрасте от 65 лет, а также лиц моложе этого возраста, имеющих определенные виды инвалидности либо терминальную стадию почечной недостаточности (как правило, с постоянной почечной недостаточностью, при которой требуется диализ или пересадка). Клиенты Medicare могут получать страховое покрытие в рамках программы Original Medicare и планов PACE или Medicare Advantage.

Original Medicare (Traditional Medicare или Fee-for-service Medicare) — правительственная программа (в отличие от таких частных планов медицинского страхования, как Medicare Advantage и планы для получения отпускаемых по рецепту препаратов). Медицинские услуги, покрываемые программой Original Medicare, оплачиваются врачам, больницам и прочим поставщикам в рамках сумм, определенных Конгрессом. Таким образом, вы можете обратиться к любому врачу или поставщику и в любую больницу сети Medicare. При этом вы оплачиваете франшизу. Дальнейшие расходы делятся между вами и Medicare согласно условиям программы. Программа Original Medicare состоит из двух частей: А (страхование больничных расходов) и В (медицинское страхование). Она доступна на всей территории Соединенных Штатов Америки.

Глава 11. Определения важных терминов

Амбулаторный хирургический центр — учреждение, предоставляющее только хирургическую помощь в амбулаторных условиях пациентам, которые не требуют госпитализации и предположительно будут пребывать в центре не более 24 часов.

Апелляция — ходатайство, которое подает участник плана, если он не согласен с нашим отказом в покрытии медицинского обслуживания, отпускаемых по рецепту препаратов или в оплате уже полученных услуг (препаратов). Апелляцию также можно подать, если вы не согласны с нашим решением о приостановке предоставления услуг (например, если мы не оплачиваем препарат, медицинское изделие либо услугу, которые, по вашему мнению, вы должны получать бесплатно). В главе 8 разъясняется, что такое апелляция и как ее подать.

Внесетевая аптека — аптека, которая не заключала с нашим планом договор о координировании или предоставлении покрываемых препаратов его участникам. Большинство препаратов, приобретаемых в таких аптеках, покрываются нашим планом только в исключительных случаях (подробнее см. в настоящем документе «Подтверждение о страховом покрытии»).

Внесетевой поставщик или внесетевое учреждение — поставщик или учреждение, которые не заключали с нашим планом договора о координировании или предоставлении покрываемых услуг его участникам. Такие поставщики не сотрудничают с нашим планом и никак с ним не связаны (а значит, не предоставляют покрываемые услуги по договору с планом). Подробнее о пользовании услугами внесетевых поставщиков и учреждений см. в главе 3 этой брошюры.

Выход из плана — процедура прекращения участия в плане. Прекращение участия может быть добровольным (по вашему желанию) или вынужденным (ввиду других обстоятельств).

Дженерик — отпускаемое по рецепту лекарство, утвержденное Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) как имеющее в своем составе те же активные компоненты, что и в составе фирменного препарата. Как правило, дженерики действуют так же, как фирменные препараты, но при этом стоят дешевле.

Домашняя сиделка — лицо, которое оказывает патронажные услуги, не требующие навыков квалифицированной медсестры или врача (например, помощь в принятии ванны, пользовании туалетом, одевании или выполнении предписанных упражнений). Домашняя сиделка не имеет лицензии медицинской сестры и не проводит лечение.

Дополнительные пособия для малоимущих (SSI) — ежемесячная помощь от Управления социального обеспечения людям с ограниченными доходами и ресурсами, которые имеют инвалидность, лишены зрения или достигли 65-летнего возраста. Пособия SSI — это не то же, что льготы социального обеспечения.

Глава 11. Определения важных терминов

Жалоба — синоним официального термина «претензия». Посредством рассмотрения жалоб можно решить *только* определенные проблемы, в частности связанные с качеством ухода, временем ожидания и обслуживанием клиентов. См. также определение термина «Претензия».

Заключение о страховом покрытии — решение о том, покрывается ли назначенный препарат страховкой и требуется ли участнику за него платить (а если да, то сколько). Как правило, если вы предъявляете рецепт в аптеке и вам говорят, что он не покрывается планом, это не является заключением о страховом покрытии. В таком случае вам необходимо запросить официальное решение о страховом покрытии, позвонив или написав нам. В этой брошюре вместо термина «заключение о страховом покрытии» используется формулировка «решение о страховом покрытии». Процедура запроса такого решения описана в главе 8.

Закон от 2008 года «О равных правах людей с наркозависимостью и психическими нарушениями» (МНРАЕА) — федеральный закон, согласно которому устанавливаемые страховыми компаниями и планами медицинского страхования финансовые требования (например, доплаты, франшизы) и ограничения при лечении (на посещения и т. д.), которые распространяются на льготы для людей с психическими нарушениями или наркозависимостью, не должны быть жестче требований и ограничений для прочих льгот на медицинский уход, хирургическое обслуживание, услуги, предоставляемые по месту жительства, и поддержку.

Зачитываемое покрытие отпускаемых по рецепту препаратов — обеспечивается работодателем, профсоюзом и др.; в среднем должно быть не меньше стандартного покрытия Medicare для отпускаемых по рецепту препаратов. Обычно, когда новый участник регистрируется в плане Medicare с оплатой препаратов, отпускаемых по рецепту, он может сохранить такое покрытие, не уплачивая штраф.

Исключение — тип решения о страховом покрытии, которое в случае его утверждения позволяет получить препарат, не входящий в формуляр спонсора вашего плана (исключение из правил формуляра). Также можно подать запрос на исключение, если спонсор плана требует попробовать другой препарат, прежде чем предоставить запрашиваемый, или условиями плана установлено ограничение дозировки либо количества соответствующего лекарства (исключение из правил формуляра).

Количественные ограничения — метод ограничения использования определенных препаратов из соображений качества, безопасности или предотвращения нерационального использования. Ограничения могут накладываться на количество препарата, покрываемое по рецепту или в определенный промежуток времени.

Команда медицинского обслуживания — группа людей, в которую входят поставщик первичных медицинских услуг, медсестра высшей квалификации, дипломированная медсестра, помощник врача и (или) координатор гериатрической помощи (Geriatric Support Services Coordinator, GSSC), отвечающие за координирование медицинского ухода за вами. Эти лица, помимо прочего, проверяют список услуг и контролируют их

Глава 11. Определения важных терминов

предоставление, а также обсуждают их с вами либо другими поставщиками в сети плана. Сведения о команде медицинского обслуживания приведены в разделе 2.1 главы 3.

Лицо, имеющее право на участие в двух программах страхования – лицо, имеющее право на участие как в Medicare, так и в MassHealth (Medicaid).

Льготы для малообеспеченных лиц (LIS) — см. Extra Help.

Медицинское оборудование длительного пользования — устройства и принадлежности, которые заказывает врач для медицинских целей. Примерами таких принадлежностей являются ходунки, инвалидные коляски, костыли, динамические матрасные системы, лекарства и продукты для больных диабетом, внутривенные инфузионные помпы, голосообразующие аппараты, кислородное оборудование, аэрозольные аппараты (ингаляторы) или кровати больничного типа, заказываемые поставщиком уslug для использования вами у себя дома.

Необходимость по медицинским показаниям — потребность в получении услуг, вспомогательных средств или препаратов, обязательных для профилактики, диагностики либо лечения определенного медицинского состояния и соответствующих принятым стандартам медицинской практики.

Неотложная помощь — покрываемые услуги, которые: 1) предоставляются поставщиком, имеющим достаточную квалификацию; 2) необходимы для оценки или стабилизации состояния здоровья в экстренной ситуации.

Неотложное состояние — ситуация, когда вы или другой человек, обладающий общими знаниями в области здравоохранения и медицины, считает, что у вас есть симптомы, требующие неотложной медицинской помощи для сохранения вашей жизни, конечности или функции конечности. К таким симптомам могут относиться заболевание, травма, острая боль или быстрое ухудшение состояния здоровья.

Одобренный по медицинским показаниям препарат — лекарство, утвержденное Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) либо рекомендованное в определенных справочниках. Подробнее см. главу 5, раздел 3.

Организация по повышению качества обслуживания (QIO) — финансируемая федеральным правительством команда практикующих врачей и других специалистов сферы здравоохранения, задачи которой заключаются в проверке и повышении качества услуг, предоставляемых участникам Medicare. О том, как связаться с представительством этой организации в вашем штате, см. в разделе 4 главы 2.

Открытый период регистрации в плане Medicare Advantage – определенный период времени в течение каждого года, когда участники плана Medicare Advantage могут прекратить участие в плане и перейти на другой план Medicare Advantage или получить страховое покрытие через программу Original Medicare. Если вы решите в указанный

Глава 11. Определения важных терминов

период перейти на программу Original Medicare, то вы также можете стать участником отдельного плана Medicare, покрывающего рецептурные препараты. Открытый период регистрации в плане Medicare Advantage длится с 1 января по 31 марта, а также в первые три месяца с момента утверждения вашего участия в программе Medicare.

Первоначальный период регистрации — период, в который можно зарегистрироваться в частях А и В программы Medicare, если вы соответствуете критериям участия. Например, для лиц, соответствующих критериям участия в Medicare, которым исполняется 65 лет, первоначальный период регистрации составляет 7 месяцев и начинается за 3 месяца до месяца, в котором человеку исполняется 65 лет, и продолжается три месяца после окончания месяца, в котором человеку исполнилось 65 лет.

Период предоставления льгот — способ подсчета объема услуг, предоставляемых вам в больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF), используемый нашим планом и программой Original Medicare. Период предоставления льгот исчисляется со дня вашего поступления в больницу или в учреждение квалифицированного сестринского ухода. Период предоставления льгот завершается, если в течение 60 дней подряд вы не получаете стационарные услуги в больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода. Если вы попадаете в больницу или в учреждение квалифицированного сестринского ухода после завершения одного периода предоставления льгот, начинается новый период предоставления льгот. Количество периодов предоставления льгот не ограничено.

План Medicare Advantage (МА) (также называется «частью С программы Medicare») — страховка, которая предоставляется частной компанией, заключившей с Medicare договор на предоставление льгот по частям А и В программы Medicare. Это может быть план НМО, PPO, частный план с оплатой услуг (PFFS) или план Medicare Medical Savings Account (MSA). Если участник зарегистрирован в плане Medicare Advantage, покрытие услуг Medicare предоставляется именно по этому плану, а не по Original Medicare. В большинстве случаев планы Medicare Advantage также предусматривают страховое покрытие препаратов, отпускаемых по рецепту (согласно части D программы Medicare). Тогда они называются **планами Medicare Advantage с покрытием отпускаемых по рецепту препаратов**. Все участники частей А и В программы Medicare могут присоединиться к любому плану медицинского страхования Medicare Advantage, доступному в соответствующем регионе.

План PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly — Программа всестороннего ухода для пожилых людей) — план, целью которого является предоставлять на дому высококачественные медицинские и социальные услуги, а также длительный уход немощным людям, чтобы им как можно дольше не потребовалось переезжать в учреждения сестринского ухода. Граждане, зарегистрированные в планах PACE, получают и льготы по программам Medicare и MassHealth (Medicaid).

План Special Needs — особый тип плана Medicare Advantage, в рамках которого лицам, принадлежащим к определенным группам (например, людям, которые одновременно застрахованы в Medicare и Medicaid, проживают в учреждениях с сестринским уходом или

Глава 11. Определения важных терминов

страдают определенными хроническими заболеваниями), оказывается более тщательный уход.

План медицинского страхования Medicare – план Medicare, предлагаемый частной компанией, которая заключила договор с Medicare о предоставлении льгот зарегистрированным в плане участникам Medicare по частям А и В этой программы. Сюда входят все планы Medicare Advantage и Medicare Cost, демонстрационные/пилотные программы, а также программы всестороннего ухода для пожилых людей (PACE).

Повседневный уход — патронажные услуги, которые предоставляются в центрах сестринского ухода, хосписах или других учреждениях, когда не требуется квалифицированный медицинский или сестринский уход. Повседневный уход — это индивидуальный уход, который предоставляется лицами, не имеющими профессиональных навыков или обучения, например помощь в повседневных действиях по самообслуживанию: принятие ванны, одевание, прием пищи, пользование кроватью и креслами, перемещение и использование туалета. В такие услуги может входить и определенный уход за здоровьем, осуществляемый большинством пациентов самостоятельно, например использование глазных капель. Medicare не оплачивает услуги повседневного ухода.

Подтверждение страхового покрытия и информация о раскрытии — данный документ, регистрационная форма и другие приложения, дополнения и необязательные письменные уведомления, в которых приведены условия покрытия, наши обязанности, а также ваши права и обязанности как участника плана.

Покрываемые препараты — все отпускаемые по рецепту лекарства, стоимость которых покрывается планом.

Покрываемые услуги — все медицинские услуги и вспомогательные средства, стоимость которых покрывается планом.

Покрытие отпускаемых по рецепту препаратов в рамках программы Medicare (часть D) — план страхования, полностью либо частично покрывающий расходы участников на отпускаемые по рецепту амбулаторные лекарства, вакцины, биологические препараты и некоторые вспомогательные средства, которые не покрываются частями А и В программы Medicare.

Поставщик первичных медицинских услуг (PCP) — врач или другой поставщик, к которому вы обращаетесь в первую очередь для решения большинства проблем со здоровьем. Он обязан следить за тем, чтобы вы получали необходимый уход, обсуждать с другими врачами и поставщиками медицинских услуг ваше состояние и при необходимости направлять вас к ним для консультации. Согласно условиям многих планов медицинского страхования Medicare участник должен сначала обратиться к поставщику первичных медицинских услуг, а только после этого — к другим поставщикам. Для получения информации о поставщиках первичных медицинских услуг см. главу 3, раздел 2.1.

Глава 11. Определения важных терминов

Поэтапное лечение — метод, при котором перед получением покрытия изначально прописанного врачом лекарства необходимо сначала попробовать другой препарат.

Пребывание в стационаре — официальная госпитализация для получения профессиональных медицинских услуг. Без официальной госпитализации пациент будет считаться амбулаторным, даже если проведет в больнице ночь.

Предварительное разрешение — заблаговременное одобрение на получение услуг или определенных препаратов (как входящих, так и не входящих в формуляр). Некоторые сетевые медицинские услуги покрываются только при условии получения вашим врачом или другим сетевым поставщиком предварительного разрешения от нашего плана. Перечень таких услуг приведен в таблице льгот (глава 4). Некоторые препараты покрываются только при условии получения вашим врачом или другим сетевым поставщиком предварительного разрешения от нас. Перечень таких препаратов приведен в формуляре.

Препараты, предусмотренные частью D — лекарства, расходы на которые покрываются по условиям части D программы Medicare. Участникам могут быть доступны не все препараты (их список содержится в формуляре). Конгресс намеренно исключил определенные категории препаратов из числа покрываемых по Части D.

Претензия/комплексная претензия — тип жалобы, которая подается в отношении нашего плана или аптеки (например, если вы недовольны качеством получаемого ухода). При таком типе жалобы не рассматриваются споры о покрытии или выплатах

Протезы и ортопедические приспособления — медицинские изделия, заказываемые врачом или другим поставщиком медицинских услуг. В список покрываемых изделий входят, например, протезы рук и конечностей, ортопедические корсеты и шейные ортезы, глазные протезы, приспособления, заменяющие внутренние части тела или выполняющие их функции (включая стомы), а также устройства для энтерального и парентерального питания.

Реабилитационные услуги — физио-, лого- и эрготерапия.

Сетевая аптека — аптека, в которой участники нашего плана могут по льготам получать отпускаемые по рецепту лекарства. Такие аптеки называются сетевыми, поскольку работают по договору с нашим планом. В большинстве случаев планом покрываются только те отпускаемые по рецепту препараты, которые участник покупает в наших сетевых аптеках.

Сетевой поставщик — врач, другой специалист сферы здравоохранения, больница или иное медицинское учреждение, у которых есть лицензии либо сертификаты Medicare и штата на оказание медицинских услуг. Такие поставщики называются «сетевыми», поскольку работают по договору с планом о принятии наших платежей в качестве полной оплаты, а в некоторых случаях — о координировании и предоставлении покрываемых услуг участникам нашего плана. Наш план оплачивает услуги сетевых поставщиков на

Глава 11. Определения важных терминов

основе заключенных с ними соглашений о предоставлении покрываемых планом услуг. Сетевые поставщики также иногда называются «поставщиками плана».

Служба поддержки участников — отдел нашего плана, ответственный за предоставление клиентам информации об участии в плане, получении льгот, а также подаче претензий и жалоб. Информация о том, как связаться со службой поддержки, приведена в главе 2.

Социальный работник (Health Outreach Worker, HOW) — работник, помогающий участникам управлять социальными факторами, влияющими на здоровье (SDH). Он помогает участникам получить доступ к ресурсам и услугам по месту жительства, что способствует укреплению здоровья и помогает вести независимый образ жизни. В число социальных факторов, влияющих на здоровье (SDH), входит жилье, социальное обеспечение [SNAP, пособие SSI], центры дневного пребывания, помощь в оплате энергии и MassHealth.

Список покрываемых препаратов (также «Формуляр» или «Список препаратов») — список отпускаемых по рецепту препаратов, стоимость которых покрывается планом. Этот список составлен при участии врачей и фармацевтов и содержит как фирменные препараты, так и дженерики.

Срочная медицинская помощь — срочные меры, которые принимаются для лечения непредвиденных заболеваний и травм, не требующих экстренного вмешательства, а также при состояниях, требующих незамедлительной медицинской помощи. За срочной медицинской помощью можно обратиться к поставщику услуг, не входящему в сеть нашего плана, если входящие в сеть поставщики временно недоступны или не могут вас принять.

Страховой взнос — регулярный платеж в Medicare, страховую компанию или план медицинского страхования за покрытие медицинских услуг или отпускаемых по рецепту препаратов. Участники программы Senior Care Options Program не вносят страховые взносы.

Территория обслуживания — географическая зона, в пределах которой план медицинского обслуживания, действующий в определенном регионе, предоставляет услуги клиентам. Если план предусматривает ограничения по выбору врача или больницы, понятие «территория обслуживания» также подразумевает регион, в пределах которого можно получать регулярные услуги (не считающиеся неотложной помощью). Если участник переезжает на постоянное место жительства за пределы территории обслуживания, он может быть исключен из плана.

Услуги учреждений квалифицированного сестринского ухода — уход квалифицированных медсестер и реабилитационные услуги, предоставляемые на постоянной дневной основе в учреждении с сестринским уходом. Примеры: физиотерапия или внутривенные инъекции, которые могут проводить только дипломированная медсестра или врач.

Глава 11. Определения важных терминов

Услуги, покрываемые Medicare — услуги, стоимость которых покрывается в рамках частей А и В программы Medicare. Все планы Medicare (включая наш) должны покрывать все услуги, оплата которых предусмотрена частями А и В программы Medicare.

Участник («участник нашего плана», «участник плана») — клиент Medicare, который удовлетворяет требованиям для получения покрываемых услуг и имеет регистрацию в нашем плане, подтвержденную агентством Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Учреждение амбулаторной комплексной реабилитации (CORF) — учреждение, которое предоставляет преимущественно реабилитационные услуги после болезни или травмы, в том числе физиотерапию, социально-психологическую помощь, респираторную терапию, эрготерапию, услуги логопеда и специалистов по оценке домашней обстановки.

Фирменный препарат — отпускаемое по рецепту лекарство, которое производится и продается той же фармацевтической компанией, что проводила клинические исследования и разработку этого средства. Фирменные препараты содержат в своем составе такие же активные компоненты, что и их аналоги (дженерики). Однако последние производятся и продаются другими производителями и, как правило, недоступны в продаже до истечения срока действия патента на соответствующий фирменный препарат.

Хоспис — на пребывание в этом заведении имеют право участники, которым по прогнозам осталось жить не более 6 месяцев. Они могут сами выбрать хоспис из списка хосписов в своем регионе (такой список предоставляется планом). Если вы выбрали хоспис и продолжаете платить страховые взносы, вы считаетесь участником нашего плана. Вы и в дальнейшем будете получать все услуги, необходимые по медицинским показаниям, и дополнительные льготы. Для пациентов хосписа подбирается индивидуальное лечение.

Центры обеспечения услуг по программам Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) — федеральное агентство, которое руководит работой Medicare. В главе 2 описано, как связаться с CMS.

Часть С — см. «План Medicare Advantage (МА)».

Часть D — добровольная программа Medicare, участникам которой предоставляются льготы на отпускаемые по рецепту препараты. (Для удобства эта программа называется в данном документе просто «частью D».)

Штраф за позднюю регистрацию в части D — сумма, которую уплачивает участник в дополнение к ежемесячному взносу за покрытие препаратов Medicare, если у него нет зачитываемого покрытия (в среднем не менее стандартного покрытия отпускаемых по рецепту препаратов Medicare) в течение 63 дней или более после того, как появляется право на участие в части D. Эту сумму необходимо уплачивать в течение всего периода участия в плане покрытия препаратов Medicare. Однако существуют исключения. Так, если вы получаете от Medicare дополнительную помощь по оплате расходов на рецептурные препараты в рамках программы Extra Help, вам не придется оплачивать

Глава 11. Определения важных терминов

штраф за позднюю регистрацию. Если вы лишитесь льгот по программе Extra Help, вам придется ежемесячно платить штраф за позднюю регистрацию, если на протяжении 63 дней или более у вас не будет покрытия по части D или иного «зачитываемого» покрытия препаратов, отпускаемых по рецепту.

Штраф за позднюю регистрацию — сумма, которую уплачивает участник в дополнение к ежемесячному взносу за покрытие препаратов Medicare, если у него нет зачитываемого покрытия (в среднем не менее стандартного покрытия отпускаемых по рецепту препаратов Medicare) в течение 63 дней или более продолжительного периода. Эту сумму необходимо уплачивать в течение всего периода участия в плане покрытия препаратов Medicare. Однако существуют исключения. Так, если вы получаете от Medicare дополнительную помощь по оплате расходов на рецептурные препараты в рамках программы Extra Help, вам не придется оплачивать штраф за позднюю регистрацию. Если вы лишитесь права на дополнительную помощь в рамках программы Extra Help, вам необходимо будет сохранять страховое покрытие по части D. В противном случае вам придется оплатить штраф за позднюю регистрацию, если когда-либо в будущем вы решите зарегистрироваться в части D.

Программа консультирования по вопросам медицинского страхования (SHINE – программа SHIP в штате Массачусетс)

SHINE (Serving the Health Information Needs of Everyone) — программа штата, получающая финансирование от федерального правительства для предоставления бесплатных консультаций участникам программы Medicare.

Способ связи	Контакты
ТЕЛЕФОН	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)
TTY	1-800-872-0166 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование.
АДРЕС ДЛЯ ПИСЬМЕННОЙ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	Чтобы узнать адрес местного представительства программы SHINE, обратитесь по указанному выше номеру.
САЙТ	www.mass.gov/health-insurance-counseling

Служба поддержки участников плана Senior Care Options Program

Способ связи	Служба поддержки участников — контактная информация
ТЕЛЕФОН	1-866-610-2273 Звонки по этому номеру бесплатны. С 1 октября по 31 марта: с 8:00 до 20:00, без выходных. С 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу и в воскресенье с 8:00 до 18:00. Служба поддержки участников также предлагает бесплатные переводческие услуги для лиц, не говорящих по-английски.
TTY	711 Этот номер предназначен только для людей с нарушениями слуха или речи, и для его использования требуется специальное телефонное оборудование. Звонки по этому номеру бесплатны. С 1 октября по 31 марта: с 8:00 до 20:00, без выходных. С 1 апреля по 30 сентября: с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00, в субботу и в воскресенье с 8:00 до 18:00.
ФАКС	617-426-1311
АДРЕС ДЛЯ ПИСЬМЕННОЙ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	30 Winter Street, Boston, MA 02108
САЙТ	www.CommonwealthCareSCO.org

Заявление о раскрытии информации. В соответствии с Законом о сокращении объема документации от 1995 г. (Paperwork Reduction Act of 1995) никакое лицо не обязано предоставлять информацию в ответ на запрос информации, если на форме запроса отсутствует действительный контрольный номер ОМВ. Действительный номер ОМВ для данного запроса информации: 0938-1051. Если у вас есть какие-либо замечания или предложения по улучшению данной формы, обратитесь по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.