

Справочник Страхователя 2025

Providence Medicare Advantage Dual Plus (HMO D-SNP)

Этот документ предназначен для участников: **Округа Clackamas, Multnomah и Washington в Oregon.**

Благодарим вас за выбор Providence Medicare Advantage Plans. Мы рады, что вы стали его участником. В этом документе содержится полезная информация о покрытии вашего плана, его льготах и ресурсах, которые помогут вам получить максимальную выгоду от вашего плана.

Вопросы? Мы готовы помочь.

- + **Посетите наш сайт [ProvidenceHealthAssurance.com](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com)**
- + **Звоните нам по телефону 503-574-8000 (бесплатно: 1-800-603-2340), с 8 а.м. до 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю.**
- + **Используете устройство ТТУ для людей с нарушениями слуха? Позвоните нам по бесплатному номеру 711**

1 января – 31 декабря 2025 г.

Справочник страхователя:

Ваши медицинские льготы и услуги Medicare и покрытие рецептурных лекарств как для участника программы Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

В этом документе представлена подробная информация о вашем медицинском обслуживании по Medicare и покрытии рецептурных лекарств с 1 января по 31 декабря 2025 года. **Это важный правовой документ. Пожалуйста, храните его в надёжном месте.**

По вопросам, связанным с этим документом, обращайтесь в нашу службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340. (Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711). Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. Звонок бесплатный.

Этот план, Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), предлагается организацией Providence Health Assurance. (Когда в *Справочнике страхователя* говорится “мы”, “нас” или “наш”, это означает Providence Health Assurance. Когда говорится “план” или “наш план”, это означает Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)).

Этот документ доступен бесплатно на испанском, вьетнамском и русском языках. Эта информация доступна в нескольких форматах, включая аудиодиски, крупный шрифт и шрифт Брайля.

Льготы, франшиза и/или совместные платежи/сострахование могут измениться с 1 января 2026 г.

Перечень покрываемых медицинской страховкой лекарств, аптечная сеть и/или сеть поставщиков услуг могут быть изменены в любое время. При необходимости вы получите уведомление. Мы уведомим участников об изменениях не менее чем за 30 дней.

В этом документе представлены ваши льготы и права. В этом документе вы узнаете о следующем:

- Страховой взнос по вашему плану и распределение расходов;
- Ваши льготы на медицинские и рецептурные лекарства;
- Как подать жалобу, если вы недовольны обслуживанием или лечением;
- Как связаться с нами, если вам нужна дополнительная помощь; и
- Прочие меры защиты, предусмотренные законодательством Medicare.

H9047_2025PD_PHA856_C

Справочник страхователя 2025**Содержание**

| | |
|--|-----------|
| ГЛАВА 1: Первые действия участника | 5 |
| РАЗДЕЛ 1 Введение | 6 |
| РАЗДЕЛ 2 Что даёт вам право быть участником плана? | 8 |
| РАЗДЕЛ 3 Важные материалы для участников, которые вы получите | 10 |
| РАЗДЕЛ 4 Ваши ежемесячные расходы по Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) | 12 |
| РАЗДЕЛ 5 Больше информации о ежемесячном страховом взносе | 16 |
| РАЗДЕЛ 6 Следите за актуальностью записи о членстве в плане | 16 |
| РАЗДЕЛ 7 Как другие виды страхования сочетаются с нашим планом | 17 |
| ГЛАВА 2: Важные номера телефонов и ресурсы | 19 |
| РАЗДЕЛ 1 Контактная информация Providence Medicare Dual Plus (HMO D- SNP) (как с нами связаться, в том числе как связаться со службой поддержки клиентов) | 20 |
| РАЗДЕЛ 2 Medicare (как получить помощь и информацию непосредственно от федеральной программы Medicare) | 25 |
| РАЗДЕЛ 3 Государственная программа помощи по медицинскому страхованию (бесплатная помощь, информация и ответы на ваши вопросы о Medicare) | 26 |
| РАЗДЕЛ 4 Организация по улучшению качества | 27 |
| РАЗДЕЛ 5 Служба социального обеспечения | 28 |
| РАЗДЕЛ 6 Oregon Health Plan (Medicaid) | 29 |
| РАЗДЕЛ 7 Информация о программах, помогающих людям оплачивать рецептурные лекарства | 31 |
| РАЗДЕЛ 8 Как связаться с Советом по делам пенсионеров- железнодорожников (Railroad Retirement Board) | 33 |
| РАЗДЕЛ 9 Есть ли у вас групповая или другая медицинская страховка от работодателя? | 34 |
| РАЗДЕЛ 10 Вы можете получить помощь от Службы ресурсов для пожилых людей и лиц с инвалидностью штата Oregon (Aging and Disability Resource Connection of Oregon, ADRC) | 34 |
| ГЛАВА 3: Использование плана для оплаты медицинских услуг | 35 |
| РАЗДЕЛ 1 Что нужно знать о получении медицинского обслуживания в качестве участника нашего плана | 36 |
| РАЗДЕЛ 2 Пользуйтесь услугами поставщиков, входящих в сеть плана, для получения медицинского обслуживания | 38 |

Содержание

| | | |
|---|--|------------|
| РАЗДЕЛ 3 | Как получить услуги в чрезвычайных ситуациях, когда вам требуется экстренная помощь или во время стихийного бедствия | 43 |
| РАЗДЕЛ 4 | Что делать, если вам выставили счёт за полную стоимость услуг? | 46 |
| РАЗДЕЛ 5 | Как оплачиваются медицинские услуги, если вы участвуете в клиническом исследовании? | 47 |
| РАЗДЕЛ 6 | Правила получения медицинской помощи в религиозном немедицинском лечебном учреждении | 49 |
| РАЗДЕЛ 7 | Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования | 50 |
| ГЛАВА 4: Таблица медицинских льгот (что покрывается)..... | | 52 |
| РАЗДЕЛ 1 | Понимание покрываемых услуг | 53 |
| РАЗДЕЛ 2 | Посмотрите в <i>Таблице медицинских льгот</i> , что подлежит покрытию | 54 |
| РАЗДЕЛ 3 | Какие услуги покрываются вне плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)? | 135 |
| РАЗДЕЛ 4 | Какие услуги не покрываются планом?..... | 136 |
| ГЛАВА 5: Использование покрытия плана на рецептурные лекарства | | |
| Части D | | 143 |
| РАЗДЕЛ 1 | Введение | 145 |
| РАЗДЕЛ 2 | Получение лекарств по рецепту в сетевой аптеке или через службу почтовой доставки плана | 145 |
| РАЗДЕЛ 3 | Ваши лекарства должны быть включены в Список лекарств плана..... | 149 |
| РАЗДЕЛ 4 | Существуют ограничения на покрытие некоторых лекарств..... | 151 |
| РАЗДЕЛ 5 | Что делать, если одно из ваших лекарств не покрывается так, как вы хотели бы?..... | 152 |
| РАЗДЕЛ 6 | Что делать, если изменилось покрытие одного из ваших лекарств?..... | 154 |
| РАЗДЕЛ 7 | Какие типы лекарств <i>не</i> покрываются планом?..... | 157 |
| РАЗДЕЛ 8 | Получение лекарств по рецепту | 158 |
| РАЗДЕЛ 9 | Покрытие лекарств по Части D в особых ситуациях | 159 |
| РАЗДЕЛ 10 | Программы по безопасности лекарств и управлению лекарствами | 161 |
| РАЗДЕЛ 11 | Мы отправляем вам отчёты с информацией о платежах за ваши лекарства и о том, на каком уровне оплаты вы находитесь | 163 |
| РАЗДЕЛ 12 | Дополнительная информация о льготах | 165 |

Содержание

| | |
|--|------------|
| ГЛАВА 6: Сколько вы платите за рецептурные лекарства по Части D | 166 |
| ГЛАВА 7: Как запросить у нас оплату счёта, полученного вами за покрываемые медицинские услуги или лекарства..... | 168 |
| РАЗДЕЛ 1 Ситуации, в которых вы должны запросить у нас оплату покрываемых услуг или лекарств | 169 |
| РАЗДЕЛ 2 Как обратиться к нам с запросом о возмещении или оплате полученного вами счёта | 171 |
| РАЗДЕЛ 3 Мы рассмотрим ваш запрос на оплату и ответим “да” или “нет”..... | 172 |
| ГЛАВА 8: Ваши права и обязанности | 174 |
| РАЗДЕЛ 1 Наш план должен уважать ваши права и культурные особенности как участника плана..... | 175 |
| SECTION 1 Our plan must honor your rights and cultural sensitivities as a member of the plan | 178 |
| РАЗДЕЛ 2 У вас есть некоторые обязанности как у участника плана | 184 |
| ГЛАВА 9: Что делать, если у вас возникли проблемы или жалоба (решения о покрытии, апелляции, жалобы)..... | 186 |
| РАЗДЕЛ 1 Введение | 187 |
| РАЗДЕЛ 2 Где получить дополнительную информацию и индивидуальную помощь | 188 |
| РАЗДЕЛ 3 Какой процесс следует использовать для решения проблемы? | 189 |
| РАЗДЕЛ 4 Решение проблем, связанных с вашими льготами Medicare | 189 |
| РАЗДЕЛ 5 Руководство по основам решений о покрытии и апелляциях..... | 190 |
| РАЗДЕЛ 6 Ваше медицинское обслуживание: Как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию относительно решения о страховом покрытии | 194 |
| РАЗДЕЛ 7 Ваши рецептурные лекарства Части D: как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию | 203 |
| РАЗДЕЛ 8 Как запросить более длительное пребывание в стационаре, если вы считаете, что вас выписывают слишком рано | 213 |
| РАЗДЕЛ 9 Как попросить нас продолжить покрытие определённых медицинских услуг, если вы считаете, что ваше покрытие заканчивается слишком рано | 218 |
| РАЗДЕЛ 10 Переход вашей апелляции на 3 уровень и далее | 223 |
| РАЗДЕЛ 11 Как подать жалобу на качество обслуживания, время ожидания, обслуживание клиентов или другие проблемы | 226 |
| РАЗДЕЛ 12 Решение проблем, связанных с вашими льготами Oregon Health Plan (Medicaid)..... | 229 |

Содержание

| | |
|---|------------|
| ГЛАВА 10: Прекращение участия в плане | 233 |
| РАЗДЕЛ 1 Инструкции по прекращению вашего участия в нашем плане | 234 |
| РАЗДЕЛ 2 Когда вы можете прекратить участие в нашем плане? | 234 |
| РАЗДЕЛ 3 Как вы можете прекратить участие в нашем плане? | 238 |
| РАЗДЕЛ 4 Пока ваше участие в плане не закончится, вы должны продолжать получать медицинские товары, услуги и лекарства по нашему плану | 240 |
| РАЗДЕЛ 5 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) должен прекратить ваше участие в плане в определённых ситуациях | 240 |
| ГЛАВА 11: Юридические сведения | 242 |
| РАЗДЕЛ 1 Уведомление о регулирующем законодательстве | 243 |
| РАЗДЕЛ 2 Уведомление о недискриминации | 243 |
| РАЗДЕЛ 3 Уведомление о правах суброгации вторичного плательщика Medicare | 243 |
| РАЗДЕЛ 4 Уведомление о непредвиденных обстоятельствах | 244 |
| РАЗДЕЛ 5 Ответственность перед третьими лицами | 244 |
| ГЛАВА 12: Определения важных слов | 246 |

ГЛАВА 1:

Первые действия участника

РАЗДЕЛ 1 Введение

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 1.1 | Вы включены в план Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), который является специализированным планом Medicare Advantage Plan (план для лиц с особыми потребностями) |
|-------------------|--|

Вам предоставляется страховое покрытие как по Medicare, так и по Oregon Health Plan (Medicaid).

- **Medicare** — это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше, некоторых людей в возрасте до 65 лет с определёнными формами инвалидности, а также людей с почечной недостаточностью в последней стадии (отказ почек).
- **Oregon Health Plan (Medicaid)** — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым людям с ограниченными доходами и ресурсами. Страховое покрытие Oregon Health Plan (Medicaid) варьируется в зависимости от штата и типа вашего плана Oregon Health Plan (Medicaid). Некоторые люди, включённые в план Oregon Health Plan (Medicaid), получают помощь в оплате страховых взносов и других расходов Medicare. Некоторые люди также получают покрытие дополнительных услуг и лекарств, которые не покрываются Medicare.

Вы выбрали получение медицинского обслуживания Medicare и покрытия рецептурных лекарств по нашему плану Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Вы также отдельно включены в план Oregon Health Plan (Medicaid), либо напрямую, либо через организацию по координации медицинского обслуживания. Мы обязаны покрывать все услуги по Части А и Части В. Однако распределение расходов и доступ к поставщикам услуг в этом плане отличаются от Original Medicare.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) — это специализированный план Medicare Advantage Plan (Medicare Special Needs Plan — план Medicare для лиц с особыми потребностями), что означает, что его льготы предназначены для людей с особыми потребностями в медицинском обслуживании. План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) предназначен для людей, имеющих программу Medicare, а также имеющих право на помощь по программе Oregon Health Plan (Medicaid).

Поскольку у вас есть покрытие Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) и Oregon Health Plan (Medicaid), вы не будете нести расходы на оплату большинства услуг. Oregon Health Plan (Medicaid) оплатит вашу франшизу. Oregon Health Plan (Medicaid) покрывает распределение расходов большинства участников на большинство услуг. Перед получением услуг или оплатой расходов из собственных средств обратитесь в Oregon Health Plan (Medicaid) или в свою организацию по координации медицинского обслуживания Oregon Health Plan (Medicaid), чтобы убедиться, что услуга покрывается. В Таблице льгот в главе 4 распределение расходов указано как \$0, поскольку именно

Глава 1 Первые действия участника

столько вы заплатите в большинстве случаев. Oregon Health Plan (Medicaid) также предоставляет вам другие льготы, покрывая медицинские услуги, долгосрочный уход и рецептурные лекарства, которые обычно не покрываются Medicare. Вы также получите “Дополнительную помощь” от Medicare для оплаты стоимости рецептурных лекарств Medicare. Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) поможет вам в управлении всеми этими льготами, чтобы вы получали медицинские услуги и помощь в оплате, на которые имеете право.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) управляется некоммерческой организацией. Как и все планы Medicare Advantage Plan, этот план Medicare Special Needs Plan одобрен Medicare. План также имеет договор с программой Oregon Medicaid для координации ваших льгот по программе Medicaid. Мы рады предоставить вам покрытие медицинского обслуживания Medicare, включая покрытие рецептурных лекарств.

Покрытие по данному плану квалифицируется как квалифицированное медицинское покрытие (Qualifying Health Coverage, QHC) и удовлетворяет требованиям Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) по части индивидуальной ответственности. Для получения дополнительной информации посетите сайт Налоговой службы (Internal Revenue Service, IRS): www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Раздел 1.2 Что собой представляет *Справочник страхователя*?

В данном *Справочнике страхователя* представлена информация о том, как получить медицинское обслуживание и рецептурные лекарства в рамках Medicare. В нём разъясняются ваши права и обязанности, что входит в страховое покрытие, что вы платите как участник плана и как подать жалобу, если вы недовольны решением или лечением.

Слова “*покрытие*” и “*покрываемые услуги*” относятся к медицинскому обслуживанию и услугам, а также к рецептурным лекарствам, доступным вам как участнику Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

Важно, чтобы вы изучили правила плана и узнали, какие услуги вам доступны. Рекомендуем выделить некоторое время для изучения данного *Справочника страхователя*.

Если вас что-то смущает, беспокоит, или у вас возник вопрос, обратитесь в службу поддержки клиентов нашего плана.

Раздел 1.3 Юридическая информация о *Справочнике страхователя*

Данный *Справочник страхователя* является частью нашего договора с вами о том, как Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) покрывает ваше обслуживание. Другие части этого договора включают вашу регистрационную форму, *Список покрываемых лекарств (Формулярный список)*, а также все уведомления, которые вы получаете от нас об

Глава 1 Первые действия участника

изменениях в вашем покрытии или условиях, которые влияют на ваше покрытие. Эти уведомления иногда называются *райдерами* или *поправками*.

Договор действует в течение всех месяцев, когда вы являетесь участником плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) в период с 1 января 2025 года по 31 декабря 2025 года.

Каждый календарный год Medicare позволяет нам вносить изменения в предлагаемые планы. Это означает, что мы можем изменить расходы и льготы по плану Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) после 31 декабря 2025 года. Мы также можем прекратить предлагать этот план в вашей зоне обслуживания после 31 декабря 2025 года.

Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) должен утверждать Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) каждый год. Вы можете каждый год получать покрытие от Medicare как участник нашего плана, пока мы предлагаем данный план, и пока он остаётся одобренным Medicare.

РАЗДЕЛ 2 Что даёт вам право быть участником плана?

Раздел 2.1 Критерии вашего соответствия

Вы имеете право на участие в нашем плане, если:

- Вам покрываются услуги по Части А и Части В Medicare
- – *и* – вы живете в нашей географической зоне обслуживания (зона обслуживания описана в разделе 2.3 ниже). Лица, находящиеся в местах лишения свободы, не считаются проживающими в нашей географической зоне обслуживания, даже если они физически находятся в ней.
- – *и* – вы являетесь гражданином США или находитесь в США на законных основаниях
- – *и* – вы соответствуете специальным требованиям для участия, описанным ниже

Специальные требования для участия в нашем плане

Наш план разработан для удовлетворения потребностей людей, получающих определённые льготы от Oregon Health Plan (Medicaid). (Oregon Health Plan (Medicaid) — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым людям с ограниченными доходами и ресурсами). Чтобы иметь право на участие в нашем плане, вы должны иметь право на получение Medicare и полного пакета льгот Oregon Health Plan (Medicaid).

Глава 1 Первые действия участника

Обратите внимание: Если вы утратили право на участие в плане, но обоснованно ожидаете его восстановления в течение одного месяца, то вы по-прежнему имеете право на участие в нашем плане (раздел 2.1 главы 4 описывает покрытие и распределение расходов в период в период предполагаемого продолжения участия в плане).

Раздел 2.2 Что из себя представляет Oregon Health Plan (Medicaid)?

Oregon Health Plan (Medicaid) — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы и расходы на долгосрочный уход некоторым людям с ограниченными доходами и ресурсами. Каждый штат сам определяет, что считать доходом и ресурсами, кто имеет на это право, какие услуги покрываются и какова их стоимость. Штаты также могут самостоятельно решать, как проводить свою программу при условиях соблюдения требований федерального законодательства.

Кроме того, действуют программы, предлагаемые через Oregon Health Plan (Medicaid), которые помогают людям с Medicare оплачивать расходы по Medicare, например страховые взносы Medicare. Эти программы экономии средств Medicare (Medicare Savings Programs) помогают людям с ограниченными доходами и ресурсами ежегодно экономить деньги:

- **Квалифицированный бенефициар программы Medicare с полным пакетом льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid) (QMB+):** Помогает оплачивать страховые взносы по Части А и Части В Medicare, а также другие распределения расходов (например, франшизы, сострахование и совместные платежи) для людей, которые также имеют право на полный пакет льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid).
- **Определённый бенефициар Medicare с низким доходом и полным пакетом льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid) (SLMB+):** Помогает оплачивать страховые взносы по Части В людям, которые также имеют право на получение полного пакета льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid), а также на распределение расходов по льготам, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).

Раздел 2.3 Информация о зоне обслуживания плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) доступен только для лиц, проживающих в его зоне обслуживания. Чтобы оставаться участником нашего плана, вы должны продолжать проживать в его зоне обслуживания. Зона обслуживания описана ниже.

В зону нашего обслуживания входят следующие округа штата Oregon: Clackamas, Multnomah, и Washington.

Глава 1 Первые действия участника

Если вы планируете переехать из зоны обслуживания, вы не сможете пользоваться данным планом. Обратитесь в службу поддержки клиентов, чтобы узнать, есть ли у нас план в новом регионе вашего проживания. При переезде у вас будет специальный период регистрации, который позволит вам перейти на Original Medicare или присоединиться к плану медицинского обслуживания или лекарственного обеспечения Medicare, доступному на новом месте.

Также важно позвонить в Службу социального обеспечения, если вы переезжаете или меняете свой почтовый адрес. Номера телефонов и контактную информацию Службы социального обеспечения можно найти в разделе 5 главы 2.

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 2.4 | Граждане США или лица, пребывающие в стране на законных основаниях |
|-------------------|---|

Участник медицинского плана Medicare должен быть гражданином США или законно находиться на территории Соединённых Штатов. Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) уведомит Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), если вы не имеете права оставаться его участником на этом основании. План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) должен исключить вас, если вы не соответствуете этому требованию.

РАЗДЕЛ 3 Важные материалы для участников, которые вы получите

| | |
|-------------------|------------------------------|
| Раздел 3.1 | Карта участника плана |
|-------------------|------------------------------|

Являясь участником нашего плана, вы должны использовать свою карту участника при обращении за услугами, покрываемыми данным планом, а также при получении рецептурных лекарств в аптеках сети. Вы также должны предъявить поставщику свою карту Medicaid. Вот образец карты участника, чтобы вы могли представить, как будет выглядеть ваша карта:



Глава 1 Первые действия участника

НЕ используйте свою красно-бело-синюю карту Medicare для получения покрываемых медицинских услуг, будучи участником этого плана. Если вы используете свою карту Medicare вместо карты участника программы Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), вам, возможно, придётся самостоятельно оплатить полную стоимость медицинских услуг. Храните свою карту Medicare в надёжном месте. Вас могут попросить предъявить её, если вам потребуется стационарное обслуживание, услуги хосписа или участие в одобренных Medicare клинических научных исследованиях, называемых также клиническими испытаниями.

Если карта участника плана повреждена, утеряна или украдена, сразу же позвоните в службу поддержки клиентов, и мы вышлем вам новую карту.

Раздел 3.2 Справочник аптек и поставщиков

В *Справочнике аптек и поставщиков* перечислены поставщики, входящие в нашу действующую сеть. Отмечены поставщики услуг, которые также принимают план Oregon Health Plan (Medicaid). Для получения услуг плана Oregon Health Plan (Medicaid), которые не покрываются Medicare, проверьте, участвует ли ваш поставщик в вашей организации по координации медицинского обслуживания (Coordinated Care Organization, CCO) или в Oregon Health Plan (Medicaid). Ваша CCO предоставляет вам каталог поставщиков. Если вы не зарегистрированы в CCO, или если вам нужна помощь в поиске врача или другого медицинского работника, позвоните в отдел обслуживания клиентов ОНР по телефону 1-800-273-0557 (TTY 711). **Сетевые поставщики услуг** — это врачи и другие медицинские работники, медицинские группы, поставщики медицинского оборудования длительного пользования, больницы и другие медицинские учреждения, заключившие с нами соглашение о принятии нашей оплаты и любых распределений расходов по плану в качестве полной оплаты.

Вы должны использовать сетевых поставщиков для получения медицинского обслуживания и услуг. Если вы обратитесь в другое место без соответствующего разрешения, вам придётся заплатить полную стоимость. Исключения составляют только экстренные случаи, неотложные услуги при недоступности сети (т. е. ситуации, когда получение услуг в рамках сети нецелесообразно или невозможно), услуги диализа за пределами региона обслуживания, а также случаи, когда план Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) разрешает пользоваться услугами поставщиков, не входящих в сеть.

Также важно знать, какие поставщики участвуют в Oregon Health Plan (Medicaid). Поставщикам необходимо быть включёнными в план Oregon Health Plan (Medicaid) для надлежащего оформления франшиз и распределения расходов Medicare.

В *Справочнике аптек и поставщиков* перечислены аптеки, входящие в нашу действующую сеть. **Сетевые аптеки** — это все аптеки, которые согласились отпускать рецептурные лекарства участникам нашего плана. Вы можете воспользоваться *Справочником аптек и поставщиков*, чтобы найти нужную вам сетевую аптеку. О том, когда можно пользоваться услугами аптек, не входящих в сеть плана, рассказано в разделе 2.5 главы 5.

Глава 1 Первые действия участника

Если у вас нет экземпляра *Справочника аптек и поставщиков*, вы можете запросить его (в электронном или печатном виде) в службе поддержки клиентов. Вы также можете найти эту информацию на нашем сайте по адресу www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider. Запрошенные бумажные экземпляры Справочников поставщиков услуг будут отправлены вам по почте в течение трёх рабочих дней.

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 3.3 | Список покрываемых лекарств плана (Формулярный список) |
|-------------------|---|

У плана есть *Список покрываемых лекарств (Формулярный список)*. Сокращённо мы называем его “Список лекарств”. В нем указано, какие рецептурные лекарства Части D покрываются льготой Части D, включённой в план Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Помимо лекарств, покрываемых Частью D, некоторые рецептурные лекарства покрываются вашими льготами Oregon Health Plan (Medicaid). В “Списке лекарств” указано, как узнать, какие лекарства покрываются планом Oregon Health Plan (Medicaid).

Лекарства, включённые в этот список, подбираются планом с помощью группы врачей и фармацевтов. Список должен соответствовать требованиям, установленным Medicare. Программой Medicare утверждён “Список лекарств” Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

В “Списке лекарств” также указано, существуют ли какие-либо правила, ограничивающие покрытие ваших лекарств.

Мы предоставим вам копию “Списка лекарств”. Для получения наиболее полной и достоверной информации о покрываемых лекарствах посетите сайт плана (www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary) или свяжитесь со службой поддержки клиентов.

РАЗДЕЛ 4 **Ваши ежемесячные расходы по Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)**

Ваши расходы могут включать следующее:

- Страховой взнос по плану (раздел 4.1)
- Ежемесячный страховой взнос по Части В Medicare (раздел 4.2)
- Штраф за позднее вступление в Часть D (раздел 4.3)
- Ежемесячная корректирующая сумма, зависящая от дохода (раздел 4.4)

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| Раздел 4.1 | Страховой взнос по плану |
|-------------------|---------------------------------|

Вы не платите отдельный ежемесячный страховой взнос по плану Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

Раздел 4.2 Ежемесячный страховой взнос по Части В Medicare

Многие участники должны платить другие страховые взносы по Medicare

Некоторые участники должны платить другие страховые взносы по Medicare. Как указано в разделе 2 выше, чтобы иметь право на участие в нашем плане, вы должны сохранять право на участие в Oregon Health Plan (Medicaid), а также иметь Medicare Часть А и Medicare Часть В. Для большинства участников плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), Oregon Health Plan (Medicaid) оплачивает страховой взнос по Части А (если вы автоматически не имеете на это право) и страховой взнос по Части В.

Если Oregon Health Plan (Medicaid) не платит за вас страховые взносы по Medicare, вы должны продолжать платить страховые взносы по Medicare, чтобы оставаться участником плана. Это включает в себя страховой взнос по Части В. Сюда также может входить страховой взнос по Части А, который затрагивает участников, не имеющих права на Часть А без страховых взносов.

Раздел 4.3 Штраф за позднее вступление в Часть D

Поскольку вы имеете право на получение двойных льгот, штраф за позднее вступление не применяется по отношению к вам, пока вы сохраняете данное право, но если вы потеряете данное право, то можете понести расходы на оплату штрафа за позднее вступление. Штраф за позднее вступление в Часть D — это дополнительный страховой взнос, который необходимо оплатить для получения страхового покрытия Части D, если в любое время после окончания периода первоначального вступления в течение 63 или более дней подряд у вас не было страхового покрытия Части D или другого кредитоспособного покрытия рецептурных лекарств. Кредитоспособное покрытие рецептурных лекарств — это покрытие, которое соответствует минимальным стандартам Medicare, поскольку ожидается, что оно будет оплачивать в среднем не меньше, чем стандартный план лекарственного обеспечения Medicare. Стоимость штрафа за позднее вступление зависит от того, как долго вы не имели страхового покрытия Части D или другого кредитоспособного покрытия рецептурных лекарств. Вы должны будете оплатить этот штраф за период действия страхового покрытия Части D.

Вы не должны платить, если:

- Вы получаете “Дополнительную помощь” от Medicare для оплаты рецептурных лекарств.
- У вас было менее 63 дней подряд без кредитоспособного покрытия.
- У вас было кредитоспособное покрытие лекарств из другого источника, например от бывшего работодателя, профсоюза, TRICCARE или Департамента по делам ветеранов (Veterans Health Administration, VA). Ваша страховая компания или отдел кадров каждый год сообщает вам, является ли ваше покрытие лекарств кредитоспособным. Эта информация может быть отправлена вам в виде письма или включена в информационную рассылку плана. Сохраните эту информацию,

Глава 1 Первые действия участника

поскольку она может понадобиться вам при последующем присоединении к плану лекарственного обеспечения Medicare.

- **Примечание:** во всяком уведомлении должно упоминаться, что у вас было кредитоспособное покрытие рецептурных лекарств, поскольку ожидается, что оно будет оплачивать в среднем не меньше, чем стандартный план обеспечения рецептурных лекарств Medicare.
- **Примечание:** следующее *не* считается кредитоспособным покрытием рецептурных лекарств: карты скидок на рецептурные лекарства, бесплатные клиники и сайты скидок на лекарства.

Размер штрафа определяет Medicare. Вот как это работает:

- Во-первых, подсчитайте количество полных месяцев, в течение которых вы задержали вступление в план лекарственного обеспечения Medicare после того, как у вас появилось право на вступление. Или подсчитайте количество полных месяцев, в течение которых у вас не было кредитоспособного покрытия рецептурных лекарств, если перерыв в покрытии составил 63 дня или более. Штраф составляет 1% за каждый месяц, в течение которого у вас не было кредитоспособного покрытия. Например, если вы 14 месяцев не пользовались страховым покрытием, штраф составит 14%.
- Затем Medicare определяет размер средней ежемесячной суммы страхового взноса для планов лекарственного обеспечения Medicare в стране за предыдущий год. Для 2024 года средняя сумма страхового взноса составляет \$34.70. Эта сумма может измениться в 2025 году.
- Для расчёта ежемесячного штрафа нужно умножить процент штрафа и среднюю ежемесячную сумму страхового взноса, а затем округлить полученное значение до ближайших 10 центов. В данном примере это будет 14%, умноженные на \$34.70, что равно \$4.858. Эта сумма округляется до \$4.90. Эта сумма будет добавлена к **ежемесячному страховому взносу для тех, кто имеет штраф за несвоевременную регистрацию в Часть D**.

Следует отметить три важных момента, связанных с ежемесячным штрафом за позднее включение в Часть D:

- Во-первых, **размер штрафа может меняться каждый год**, поскольку каждый год может меняться средняя ежемесячная сумма страхового взноса.
- Во-вторых, **вы продолжите платить штраф** каждый месяц до тех пор, пока состоите в плане, предусматривающем льготы на лекарства Medicare Части D, даже если вы смените план.
- В-третьих, если вам ещё не исполнилось 65 лет и вы в настоящее время получаете льготы по Medicare, штраф за позднее вступление в Часть D обнулится, когда вам исполнится 65 лет. После 65 лет штраф за позднее включение в Часть D будет

Глава 1 Первые действия участника

начисляться только за те месяцы, когда у вас не было страхового покрытия после периода первоначального вступления в Medicare до наступления этого возраста.

Если вы не согласны со штрафом за несвоевременное вступление в Часть D, вы или ваш представитель можете попросить о пересмотре решения. Как правило, вы должны подать запрос на пересмотр в течение **60 дней** с момента получения первого письма о том, что вы должны заплатить штраф за несвоевременное вступление. Однако, если до присоединения к нашему плану вы платили штраф, у вас может не быть другого шанса потребовать пересмотра штрафа за позднее присоединение к плану.

Важно: Не прекращайте выплачивать штраф за несвоевременную регистрацию в Часть D, пока вы ждёте пересмотра решения о штрафе за несвоевременную регистрацию. В противном случае вы можете быть исключены из плана за неуплату страховых взносов

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 4.4 | Ежемесячная корректирующая сумма, зависящая от дохода |
|-------------------|--|

Некоторые участники должны будут оплатить дополнительную сумму, известную как Ежемесячная корректирующая сумма, зависящая от дохода, Части D; или IRMAA. Дополнительная плата рассчитывается на основе вашего модифицированного скорректированного валового дохода, указанного в налоговой декларации Налоговой службы (IRS) за последние два года. Если эта сумма превышает определённое значение, то вам придётся заплатить стандартную сумму страхового взноса и дополнительную IRMAA. Для получения информации о дополнительной сумме, которую вы должны будете заплатить на основе вашего дохода, посетите сайт <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Если вам придётся заплатить дополнительную сумму, Служба социального обеспечения, а не ваш план Medicare, отправит вам письмо, в котором будет указана эта дополнительная сумма. Дополнительная сумма будет удержана из вашего чека от Службы социального обеспечения, Совета по делам пенсионеров-железнодорожников или Службы управления персоналом, независимо от того, как вы обычно оплачиваете страховые взносы по плану, если только вашего ежемесячного пособия недостаточно для покрытия дополнительной суммы долга. Если вашего пособия не хватит, чтобы покрыть дополнительную сумму, вы получите счёт от Medicare. **Вы должны заплатить дополнительную сумму государству. Её нельзя оплатить за счёт ежемесячного страхового взноса по плану. Если вы не заплатите дополнительную сумму, вы будете исключены из плана и лишитесь покрытия рецептурных лекарств.**

Если вы не согласны с выплатой дополнительной суммы, вы можете запросить у Службы социального обеспечения пересмотр решения. Для получения дополнительной информации о том, как это сделать, свяжитесь со Службой социального обеспечения по телефону 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

РАЗДЕЛ 5 Больше информации о ежемесячном страховом взносе

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 5.1 | Можем ли мы изменить ваш ежемесячный страховой взнос в течение года? |
|-------------------|---|

Нет. Мы не имеем права изменять сумму, взимаемую за ежемесячный страховой взнос по плану в течение года. Если ежемесячный страховой взнос по плану изменится в следующем году, мы сообщим вам об этом в сентябре, а изменения вступят в силу 1 января.

Однако в некоторых случаях вы можете отказаться от оплаты штрафа за позднее вступление в план, если таковой имеется. Иначе необходимо начать платить штраф за позднее вступление. Это может произойти, если вы получите право воспользоваться программой “Дополнительная помощь” или потеряете право на участие в программе “Дополнительная помощь” в течение года:

- Если в настоящее время вы платите штраф за позднее вступление в Часть D и в течение года получите право на “Дополнительную помощь”, вы сможете перестать выплачивать штраф.
- Если вы лишитесь “Дополнительной помощи”, на вас может быть наложен штраф за позднее вступление в план, если у вас не было страхового покрытия Части D или другого кредитоспособного покрытия рецептурных лекарств 63 или более дней подряд.

Подробнее о программе “Дополнительная помощь” вы можете узнать в главе 2, раздел 7.

РАЗДЕЛ 6 Следите за актуальностью записи о членстве в плане

В вашей записи о членстве есть информация из регистрационной формы, включая ваш адрес и номер телефона. Здесь указано покрытие вашего конкретного плана, включая вашего поставщика первичной медицинской помощи.

Врачи, больницы, фармацевты и другие поставщики услуг, входящие в сеть плана, должны иметь правильную информацию о вас. **Поставщики, входящие в сеть, используют вашу запись о членстве в плане, чтобы знать, какие услуги и лекарства покрываются, а также какую сумму распределения расходов вам предстоит внести.** Поэтому важно, чтобы вы помогли нам поддерживать актуальность вашей информации.

Сообщите нам о следующих изменениях:

- Изменения имени, адреса или номера телефона

Глава 1 Первые действия участника

- Изменения в любом другом имеющемся у вас медицинском страховании (например, от вашего работодателя, работодателя вашего супруга/супруги или сожителя/сожительницы, компенсации работникам или Oregon Health Plan (Medicaid))
- Если у вас есть какие-либо обязательства, например в связи с автомобильной аварией
- Если вы были помещены в дом престарелых
- Если вы получаете помощь в больнице или отделении неотложной помощи, расположенных за пределами региона или не входящих в сеть
- Если меняется назначенное вами ответственное лицо (например, сиделка)
- Если вы участвуете в клиническом исследовании (**Примечание:** Вы не обязаны сообщать своему плану о клинических исследованиях, в которых собираетесь участвовать, но мы рекомендуем сделать это).

Если какие-либо из этих данных изменятся, сообщите нам об этом, позвонив в службу поддержки клиентов.

Также важно позвонить в Службу социального обеспечения, если вы переезжаете или меняете свой почтовый адрес. Номера телефонов и контактную информацию Службы социального обеспечения можно найти в разделе 5 главы 2.

Вы также должны связаться со службой поддержки плана Oregon Health Plan (Medicaid) или своим социальным работником и уведомить их обо всех этих изменениях. Номера телефонов Oregon Health Plan (Medicaid) приведены в главе 2, раздел 6.

РАЗДЕЛ 7 Как другие виды страхования сочетаются с нашим планом

Другие виды страхования

Medicare требует, чтобы мы запросили у вас информацию о любом другом медицинском страховании или страховании лекарств, которое у вас есть. Это связано с тем, что мы должны координировать любое другое страховое покрытие, которое у вас есть, с вашими льготами по нашему плану. Это называется **Координация льгот**.

Раз в год мы будем присылать вам письмо с перечнем всех известных нам других программ страхования медицинских услуг и лекарств. Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с этой информацией. Если всё верно, вам ничего не нужно делать. Если информация неверна или если у вас есть другое покрытие, которое не указано в списке, позвоните в службу поддержки клиентов. Вам может понадобиться сообщить ID номер участника плана другим страховщикам (после подтверждения их личности), чтобы ваши счета оплачивались правильно и своевременно.

Глава 1 Первые действия участника

Если у вас есть другой вид страхования (например, групповое медицинское покрытие от работодателя), существуют правила, установленные Medicare, по которым определяется, кто оплачивает первым — наш план или ваше другое страхование. Страховая компания, которая платит первой, называется первичной и платит в рамках своего покрытия. Тот, кто платит вторым, называется вторичным плательщиком, который платит только в том случае, если есть расходы, не покрытые первичным покрытием. Вторичный плательщик может оплатить не все непокрытые расходы. Если у вас есть другое страхование, сообщите об этом своему врачу, больнице и аптеке.

Эти правила действуют в отношении покрытия группового медицинского плана работодателя или профсоюза:

- Если у вас есть пенсионное страхование, Medicare оплачивает в первую очередь.
- Если страховое покрытие вашего группового медицинского плана основано на вашей нынешней работе или работе члена вашей семьи, то вопрос о том, кто платит первым, зависит от вашего возраста, количества людей, работающих у вашего работодателя, а также от того, получаете ли вы Medicare по возрасту, инвалидности или болезни почек последней стадии (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Если вам меньше 65 лет и вы нетрудоспособны, а вы или член вашей семьи продолжаете работать, ваш групповой план медицинского страхования платит первым, если у работодателя 100 или более сотрудников или хотя бы один работодатель в плане с несколькими работодателями, у которого более 100 сотрудников.
 - Если вам больше 65 лет и вы, ваш супруг или сожитель всё ещё работаете, ваш групповой план медицинского страхования платит первым, если у работодателя 20 или более сотрудников или хотя бы один работодатель в плане с несколькими работодателями, у которого более 20 сотрудников.
- Если вы получаете Medicare из-за ESRD, ваш групповой медицинский план платит в первую очередь в течение первых 30 месяцев после того, как вы получили право на Medicare.

Эти виды страхования обычно оплачивают в первую очередь услуги, относящиеся к определённому типу:

- Страхование “без вины” (включая автомобильное страхование)
- Ответственность (включая автомобильное страхование)
- Льготы при “чёрных лёгких”
- Компенсация работникам

Medicaid и TRICARE никогда не платят первыми за услуги, покрываемые Medicare. Они платят только после оплаты Medicare и/или групповых медицинских планов работодателей.

ГЛАВА 2: *Важные номера телефонов и ресурсы*

РАЗДЕЛ 1 Контактная информация Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) **(как с нами связаться, в том числе как связаться со службой поддержки клиентов)**

Как связаться со службой поддержки клиентов нашего плана

По вопросам претензий, оплаты счетов и карточек участников звоните или пишите в службу поддержки клиентов Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Мы будем рады помочь.

| Метод | Служба поддержки клиентов – контактная информация |
|-----------------|--|
| ЗВОНОК | 503-574-8000 или 1-800-603-2340 Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. В службе поддержки клиентов также имеются бесплатные услуги переводчика для лиц, не владеющих английским языком. |
| TTY | 711 Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. |
| ФАКС | 503-574-8608 |
| НАПИСАТЬ | Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548 |
| САЙТ | www.ProvidenceHealthAssurance.com |

Как связаться с нами, если вы хотите получить решение о страховом покрытии или подать апелляцию по поводу вашего медицинского обслуживания и/или рецептурных лекарств Части D

Решение о страховом покрытии — это решение, которое мы принимаем относительно ваших льгот и покрытия или суммы, которую мы оплатим за ваши медицинские услуги или рецептурные лекарства Части D. Апелляция — это официальный способ попросить нас пересмотреть и изменить принятое нами решение о страховом покрытии. Дополнительная информация о том, как обращаться за решениями о покрытии или апелляциями по поводу вашего медицинского обслуживания или рецептурных лекарств Части D, содержится в главе 9 (*Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)*).

Глава 2 Важные номера телефонов и ресурсы

| Метод | Решения о покрытии медицинского обслуживания – контактная информация |
|-----------------|--|
| ЗВОНОК | 503-574-8000 или 1-800-603-2340 Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. |
| TTY | 711 Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. |
| ФАКС | 503-574-6464 или 1-800-989-7479 |
| НАПИСАТЬ | Providence Health Assurance Attn: Health Care Services P.O. Box 4327 Portland, OR 97208-4327 |
| САЙТ | www.ProvidenceHealthAssurance.com |

| Метод | Решения о покрытии рецептурных лекарств Части D – Контактная информация |
|-----------------|--|
| ЗВОНОК | 503-574-8000 или 1-800-603-2340 Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. |
| TTY | 711 Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. |
| ФАКС | 503-574-8646 или 1-800-249-7714 |
| НАПИСАТЬ | Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125 |
| САЙТ | www.ProvidenceHealthAssurance.com |

| Метод | Апелляции по вопросам медицинского обслуживания и/или рецептурных лекарств Части D – Контактная информация |
|---------------|--|
| ЗВОНОК | 503-574-8000 или 1-800-603-2340 Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. |

Глава 2 Важные номера телефонов и ресурсы

| Метод | Апелляции по вопросам медицинского обслуживания и/или рецептурных лекарств Части D – Контактная информация |
|-----------------|--|
| TTY | 711 Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. |
| ФАКС | 503-574-8757 или 1-800-396-4778 |
| НАПИСАТЬ | Providence Health Assurance Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 4158 Portland, OR 97208-4158 |
| САЙТ | www.ProvidenceHealthAssurance.com |

Как связаться с нами, если вы подаёте жалобу на медицинское обслуживание и/или рецептурные лекарства Части D

Вы можете подать жалобу на нас или одного из наших поставщиков, входящих в сеть, или на аптеки, в том числе жалобу на качество вашего обслуживания. Этот тип жалобы не подразумевает споры о покрытии или оплате. Дополнительную информацию о том, как подавать жалобу по поводу вашего медицинского обслуживания, см. в главе 9 (*Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)*).

| Метод | Жалобы на медицинское обслуживание и/или рецептурные лекарства Части D – контактная информация |
|--------------------------|---|
| ЗВОНОК | 503-574-8000 или 1-800-603-2340 Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. |
| TTY | 711 Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. |
| ФАКС | 503-574-8757 или 1-800-396-4778 |
| НАПИСАТЬ | Providence Health Assurance Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 4158 Portland, OR 97208-4158 |
| САЙТ MEDICARE | Вы можете подать жалобу на план Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) непосредственно в Medicare. Чтобы подать жалобу в Medicare онлайн, перейдите по ссылке www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx . |

Куда отправить запрос с просьбой оплатить расходы на медицинское обслуживание или лекарство, которое вы получили

Если вы получили счёт или оплатили услуги (например, счёт поставщика), которые, по вашему мнению, должны оплатить мы, возможно, вам придётся обратиться к нам за возмещением или оплатой счета поставщика. См. главу 7 (*Как запросить у нас оплату счёта, полученного вами за покрываемые медицинские услуги или лекарства*).

Мы можем возместить только услуги, покрываемые Medicare, но не услуги, покрываемые Medicaid. Если ваш запрос на возмещение расходов будет одобрен, наша выплата покроет только сумму, разрешенную Medicare (то, что мы обычно платим поставщику за услугу), и не покроет ту часть, которая покрывается Medicaid, например, сострахование и франшизы Medicare. В случае возникновения вопросов обращайтесь в службу поддержки клиентов по номеру, указанному в поле “Запрос на оплату” ниже.

Обратите внимание: если вы отправили нам запрос на оплату и мы отклонили какую-либо часть вашего запроса, вы можете обжаловать наше решение. Дополнительную информацию см. в главе 9 (*Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)*).

| Метод | Заявки на оплату – контактная информация | |
|-----------------|--|---|
| ЗВОНОК | 503-574-8000 или 1-800-603-2340 Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. | |
| ТТУ | 711 Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. | |
| ФАКС | Для медицинских претензий 503-574-8627 | Для претензий по лекарствам Части D 503-574-8646 |
| НАПИСАТЬ | Для медицинских претензий Providence Health Assurance Attn: Claims P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125 | Для претензий по лекарствам Части D Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125 |
| САЙТ | www.ProvidenceHealthAssurance.com | |

Как связаться с администраторами льгот

Некоторые услуги управляются другими администраторами льгот. Ниже приведён список администраторов льгот, услуг, которыми они управляют, и их контактная информация. Если вы хотите получить дополнительную помощь, служба поддержки клиентов Providence всегда рада помочь вам.

Глава 2 Важные номера телефонов и ресурсы

| Льгота | Контактная информация администратора |
|--|--|
| Визуализация | <p><u>Carelon Medical Benefits Management</u> Обслуживание клиентов по вопросам визуализации, в том числе претензий по визуализации и заранее установленных льгот. ЗВОНОК: 1-800-920-1250 TTY: 711. Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. САЙТ: www.carelon.com</p> |
| Фитнес | <p><u>Optum: One Pass</u> Фитнес-программа, позволяющая участникам посещать тренажёрные залы, онлайн-занятия по фитнесу, другие виды фитнеса, а также программа по оздоровлению мозга для стимулирования умственной деятельности. ЗВОНОК: 1-877-504-6830 Пн – Пт с 8 а.м. до 9 р.м. по центральному времени (без выходных) TTY: 711. Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. САЙТ: www.youronepass.com</p> |
| Персональная система реагирования на чрезвычайные ситуации (PERS) | <p><u>Connect America</u> Персональная система реагирования на чрезвычайные ситуации (Personal Emergency Response System, PERS) обеспечивает вам круглосуточный доступ к помощи в случае чрезвычайной ситуации. Позвоните по указанному ниже номеру, чтобы записаться. ЗВОНОК: 1-877-909-4882</p> |
| Безрецептурные (Over-the-Counter, OTC) товары | <p><u>Convey</u> Чтобы запросить экземпляр каталога, вы можете позвонить по телефону или посетить веб-сайт, указанный ниже. ЗВОНОК: 1-855-858-5937. Часы работы: с 8 AM до 11 PM EST с понедельника по пятницу. САЙТ: www.ConveyBenefits.com</p> |
| Транспортировка | <p><u>Kaizen Health</u> Чтобы заказать услуги немедицинской транспортировки, позвоните по указанному ниже номеру. ЗВОНОК: 1-844-556-3730</p> |
| Отказ от курения | <p><u>Quit for Life</u> Мы покрываем телефонную программу “Бросить пить на всю жизнь” (“Quit for Life”), включая расходные материалы для программы, такие как никотинозаместительная терапия. Готовы к 12 месяцам поддержки? Для получения поддержки позвоните по указанному ниже номеру. ЗВОНОК: 1-866-784-8454</p> |

РАЗДЕЛ 2 Medicare

(как получить помощь и информацию непосредственно от федеральной программы Medicare)

Medicare — это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше, некоторых людей в возрасте до 65 лет с определёнными формами инвалидности, а также людей с болезнями почек последней стадии (постоянная почечная недостаточность, требующая диализа или пересадки почки).

Федеральное агентство, ответственное за Medicare, называется Центры по обслуживанию Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, также CMS). Это агентство заключает контракты с организациями Medicare Advantage, в том числе и с нами.

| Метод | Medicare – контактная информация |
|---------------|---|
| ЗВОНОК | 1-800-MEDICARE, или 1-800-633-4227 Звонки на этот номер бесплатные. 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. |
| TTY | 1-877-486-2048 Этот номер требует специального телефонного оборудования и предназначен только для людей, испытывающих трудности со слухом или речью. Звонки на этот номер бесплатные. |
| САЙТ | <u>www.Medicare.gov</u> Это официальный правительственный сайт Medicare. Здесь вы найдёте актуальную информацию о Medicare и текущих проблемах Medicare. Кроме того, на сайте есть информация о больницах, домах престарелых, врачах, агентствах по оказанию медицинской помощи на дому и диализных центрах. Здесь также находятся документы, которые можно распечатать прямо с компьютера. Вы также можете найти контакты Medicare в вашем штате. На сайте Medicare вы также найдёте подробную информацию о праве на получение Medicare и способах вступления с помощью следующих инструментов: <ul style="list-style-type: none">• Инструмент определения соответствия требованиям Medicare: предоставляет информацию о статусе права на получение Medicare.• Инструмент поиска плана Medicare: предоставляет персонализированную информацию об имеющихся в вашем регионе планах обеспечения рецептурных лекарств Medicare, медицинских планах Medicare и полисах Medigap (Дополнительное страхование Medicare, Medicare Supplement Insurance). Эти инструменты позволяют <i>оценить</i>, какими могут быть ваши расходы по различным планам Medicare. |

Глава 2 Важные номера телефонов и ресурсы

| Метод | Medicare – контактная информация |
|-------------|---|
| САЙТ | <p>Вы также можете использовать этот веб-сайт, чтобы сообщить Medicare о любых жалобах, которые у вас есть в отношении Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сообщите Medicare о своих жалобах: Вы можете подать жалобу на Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) непосредственно в Medicare. Чтобы подать жалобу в Medicare, перейдите по ссылке www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare серьёзно относится к вашим жалобам и использует эту информацию для улучшения качества программы Medicare. <p>Если у вас нет компьютера, в местной библиотеке или центре для пожилых людей вам могут помочь посетить этот сайт с компьютера. Или вы можете позвонить в Medicare и сообщить, какую информацию вы ищете. Они найдут информацию на сайте и рассмотрят её вместе с вами. (Вы можете позвонить в Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.)</p> |

РАЗДЕЛ 3 Государственная программа помощи по медицинскому страхованию (бесплатная помощь, информация и ответы на ваши вопросы о Medicare)

Государственная программа помощи по медицинскому страхованию (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIP) — это государственная программа, имеющая подготовленных консультантов в каждом штате. В Oregon программа SHIP называется Помощь в получении льгот по медицинскому страхованию для пожилых людей (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA).

SHIBA — это независимая (не связанная ни с одной страховой компанией или медицинским планом) государственная программа, которая получает деньги от Федерального правительства и бесплатно консультирует пользователей Medicare по вопросам местного медицинского страхования.

Консультанты SHIBA помогут вам разобраться в ваших правах по Medicare, подать жалобу на медицинское обслуживание или лечение, а также решить проблемы со счетами по Medicare. Консультанты SHIBA также могут помочь с вопросами или проблемами по Medicare, помочь разобраться в выборе плана Medicare и ответить на вопросы о смене плана.

Глава 2 Важные номера телефонов и ресурсы**МЕТОД ДОСТУПА К SHIP и ДРУГИМ РЕСУРСАМ:**

- Посетите сайт <https://www.shiphelp.org> (Нажмите на SHIP LOCATOR в середине страницы)
- Выберите свой **ШТАТ** из списка. Вы будете перенаправлены на страницу с номерами телефонов и ресурсами, действующими в вашем штате.

| Метод | Помощь в получении льгот по медицинскому страхованию для пожилых людей (Senior Health Insurance Benefits Assistance, Oregon SHIP) – контактная информация |
|-----------------|---|
| ЗВОНОК | 1-800-722-4134 |
| ТТУ | 711 |
| НАПИСАТЬ | SHIBA 500 Summer St. NE, E-12 Salem, OR 97301 Email: shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov |
| САЙТ | www.shipa.oregon.gov |

РАЗДЕЛ 4 Организация по улучшению качества

В каждом штате есть уполномоченная организация по улучшению качества обслуживания бенефициаров Medicare. В штате Oregon организация по улучшению качества называется Acentra Health.

Acentra Health — это группа врачей и других медицинских работников, которым Medicare платит за проверку и улучшение качества медицинского обслуживания для участников программы Medicare. Acentra Health является независимой организацией. Она не связана с нашим планом.

В любой из этих ситуаций вам следует обратиться в Acentra Health:

- У вас есть жалоба на качество оказанной вам помощи.
- Вы считаете, что страховое покрытие вашего пребывания в больнице заканчивается слишком рано.
- Вы считаете, что покрытие медицинских услуг на дому, услуг учреждений квалифицированного сестринского ухода или услуг комплексного амбулаторного реабилитационного учреждения (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) заканчивается слишком рано.

| Метод | Acentra Health (организация по улучшению качества штата Oregon) – контактная информация |
|-----------------|--|
| ЗВОНОК | 1-888-305-6759 (бесплатно) В будние дни: с 9:00 а.м. до 5:00 р.м. По выходным и праздничным дням: с 11:00 а.м. до 4:00 р.м. Сообщение также можно оставить по бесплатному номеру 24 часа в сутки, семь дней в неделю. |
| ФАКС | 1-844-878-7921 (бесплатно) |
| ТТУ | 711 |
| НАПИСАТЬ | Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609 |
| САЙТ | https://www.acentraoio.com/ |

РАЗДЕЛ 5 Служба социального обеспечения

Служба социального обеспечения отвечает за определение права на участие и зачисление в программу Medicare. Граждане США и постоянные жители на законных основаниях в возрасте 65 лет и старше, а также инвалиды или люди с болезнями почек последней стадии, отвечающие определенным условиям, имеют право на участие в программе Medicare. Если вы уже получаете чеки от Службы социального обеспечения, зачисление в Medicare происходит автоматически. Если вы не получаете чеки от Службы социального обеспечения, вы должны вступить в Medicare. Для подачи заявления на получение Medicare вы можете позвонить в Службу социального обеспечения или посетить местный офис Службы социального обеспечения.

Служба социального обеспечения также отвечает за определение тех, кто должен платить дополнительную сумму за покрытие лекарств по Части D, поскольку у них более высокий доход. Если вы получили письмо от Службы социального обеспечения, в котором говорится, что вы должны выплатить дополнительную сумму, но у вас есть вопросы по поводу этой суммы, или если ваш доход снизился из-за события, изменившего вашу жизнь, вы можете позвонить в Службу социального обеспечения и попросить о пересмотре решения.

Если вы переезжаете или меняете свой почтовый адрес, важно позвонить в Службу социального обеспечения.

Глава 2 Важные номера телефонов и ресурсы

| Метод | Служба социального обеспечения – контактная информация |
|---------------|--|
| ЗВОНОК | 1-800-772-1213 Звонки на этот номер бесплатные. С 8:00 am по 7:00 pm, с понедельника по пятницу. Вы можете воспользоваться автоматизированной телефонной услугой Службы социального обеспечения для ознакомления с записанной информацией и решения некоторых вопросов 24 часа в сутки. |
| TTY | 1-800-325-0778 Этот номер требует специального телефонного оборудования и предназначен только для людей, испытывающих трудности со слухом или речью. Звонки на этот номер бесплатные. С 8:00 am до 7:00 pm, с понедельника по пятницу. |
| САЙТ | www.ssa.gov |

РАЗДЕЛ 6 Oregon Health Plan (Medicaid)

Oregon Health Plan (Medicaid) — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым людям с ограниченными доходами и ресурсами. Вы получаете страховое покрытие как по Medicare, так и по Oregon Health Plan (Medicaid).

- **Квалифицированный бенефициар программы Medicare с полным пакетом льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid) (QMB+):** Помогает оплачивать страховые взносы по Части А и Части В Medicare, а также другие распределения расходов (например, франшизы, сострахование и совместные платежи) для людей, которые также имеют право на полный пакет льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid).
- **Определённый бенефициар Medicare с низким доходом и полным пакетом льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid) (SLMB+):** Помогает оплачивать страховые взносы по Части В людям, которые также имеют право на получение полного пакета льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid), а также на распределение расходов по льготам, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).

Providence Health Assurance обслуживает участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) в рамках организации по координации медицинского обслуживания Health Share of Oregon. Наш план покрывает льготы, связанные с физическим здоровьем, с учётом ограничений, указанных в Приоритетном перечне медицинских услуг. Для получения дополнительной информации посетите www.healthshareoregon.org или позвоните в наш отдел службы поддержки клиентов.

Глава 2 Важные номера телефонов и ресурсы

Если у вас есть вопросы о помощи, которую вы получаете от Oregon Health Plan (Medicaid), обратитесь в Oregon Health Plan (Medicaid).

| Метод | Oregon Health Plan (Medicaid) – контактная информация |
|-----------------|---|
| ЗВОНОК | 1-800-273-0557 Часы работы: с 8 а.м. по 5 р.м. (Тихоокеанское время), с понедельника по пятницу. |
| TTY | 711 |
| НАПИСАТЬ | Oregon Health Plan (OHP) PO Box 14015 Salem, OR 97309 |
| САЙТ | www.oregon.gov/oha/healthplan |

Офис по защите прав граждан (Governor's Advocacy Office, GAO) департамента социального обеспечения штата Oregon помогает людям, участвующим в программе Oregon Health Plan (Medicaid), решать проблемы с обслуживанием или выставлением счетов. Они помогут вам подать жалобу или апелляцию по нашему плану.

| Метод | Департамент социального обеспечения штата Oregon – Офис по защите прав граждан (GAO) – контактная информация |
|-----------------|--|
| ЗВОНОК | 1-800-442-5238 или 503-945-6904 Часы работы: с 8 а.м. по 5 р.м. (Тихоокеанское время), с понедельника по пятницу. |
| TTY | 711 |
| НАПИСАТЬ | Oregon Department of Human Services Governor's Advocacy Office 500 Summer St. NE, E-17 Salem, OR 97310 Email: gao.info@odhs.oregon.gov |
| САЙТ | www.oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages/gao.aspx |

Глава 2 Важные номера телефонов и ресурсы

Омбудсмен по вопросам долгосрочного ухода в штате Oregon помогает людям получать информацию о домах престарелых и решать проблемы между домами престарелых и резидентами или их семьями.

| Метод | Омбудсмен по вопросам долгосрочного ухода в штате Oregon – контактная информация |
|-----------------|---|
| ЗВОНОК | 1-800-522-2602 или 503-378-6533 Часы работы: с 8 а.м. по 5 р.м. (Тихоокеанское время), с понедельника по пятницу. |
| ТТУ | 711 |
| НАПИСАТЬ | Oregon Long-Term Care Ombudsman 830 D, St NE Salem, OR 97301 Email: ltco.info@rights.oregon.gov |
| САЙТ | www.olco.org/ |

РАЗДЕЛ 7 Информация о программах, помогающих людям оплачивать рецептурные лекарства

Сайт Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) предоставляет информацию о том, как снизить расходы на рецептурные лекарства. Для людей с ограниченными доходами существуют и другие программы помощи, описанные ниже.

Программа “Дополнительная помощь” Medicare

Поскольку вы имеете право на Oregon Health Plan (Medicaid), вы можете претендовать на “Дополнительную помощь” от Medicare для оплаты расходов по плану обеспечения рецептурных лекарств. Вам не нужно больше ничего для получения “Дополнительной помощи”.

Если у вас есть вопросы относительно “Дополнительной помощи”, звоните:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048, 24 часа в сутки, 7 дней в неделю;
- Обратиться в Службу социального обеспечения можно по телефону 1-800-772-1213 с 8 а.м. по 7 р.м., с понедельника по пятницу. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-800-325-0778; или
- Офис Oregon Health Plan (Medicaid) вашего штата. (контактную информацию см. в разделе 6 данной главы).

Глава 2 Важные номера телефонов и ресурсы

Если вы считаете, что платите неправильную сумму распределения расходов при получении рецептурных лекарств в аптеке, наш план предусматривает процедуру, в рамках которой вы можете либо попросить помощи в получении доказательств правильной суммы совместного платежа, либо, если у вас уже есть доказательства, предоставить эти доказательства нам.

- Обратитесь в службу поддержки клиентов, если вы считаете, что с вас взимается неправильная сумма распределения расходов. Мы можем подтвердить ваше текущее покрытие и узнать, правильно ли применяется “Дополнительная помощь” к вашим льготам. Если вы не согласны с нашими выводами, мы можем попросить вас предоставить один из следующих документов для подтверждения вашей субсидии для малоимущих:
 - Копия вашей карточки Oregon Health Plan (Medicaid), на которой указано ваше имя и дата получения права на участие в программе в течение месяца после июня предыдущего календарного года;
 - Копия документа штата, подтверждающего активный статус участника плана Oregon Health Plan (Medicaid) в течение месяца после июня предыдущего календарного года;
 - Распечатка из электронного регистрационного файла штата, показывающая статус плана Oregon Health Plan (Medicaid) в течение месяца после июня предыдущего календарного года;
 - Распечатанный снимок экрана из системы Oregon Health Plan (Medicaid) штата, показывающий статус Oregon Health Plan (Medicaid) в течение месяца после июня предыдущего календарного года;
 - Другие документы, предоставленные штатом, подтверждающие статус участника Oregon Health Plan (Medicaid) в течение месяца после июня предыдущего календарного года; или,
 - Письмо из Службы социального обеспечения, подтверждающее, что вы получаете Добавочные пособия малоимущим (Supplemental Security Income, SSI).
- После получения одного из вышеперечисленных документов мы обновим вашу информацию в течение 72 часов, чтобы вы могли забрать свой рецепт(ы) по новой стоимости. Если вы не можете предоставить ни один из вышеупомянутых документов, но все равно считаете, что имеете право на “Дополнительную помощь”, служба поддержки клиентов поможет вам разобраться со следующими шагами.
- Когда мы получим данные о размере суммы совместного платежа, мы обновим нашу систему, чтобы вы могли заплатить правильную сумму совместного платежа при следующем получении рецептурных лекарств в аптеке. Если вы переплатите сумму совместного платежа, мы возместим её вам. В этом случае мы либо вышлем вам чек на сумму переплаты, либо зачтём в счёт будущих совместных платежей. Если аптека не взяла с вас сумму совместного платежа и учитывает её как сумму вашего долга, мы можем произвести оплату непосредственно аптеке. Если за вас заплатило государство, мы можем произвести оплату непосредственно государству. В случае возникновения вопросов обращайтесь в службу поддержки клиентов.

Глава 2 Важные номера телефонов и ресурсы**Что если у вас есть “Дополнительная помощь” и покрытие от Программы помощи больным СПИДом (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?****Что из себя представляет Программа помощи больным СПИДом (ADAP)?**

Программа помощи больным СПИДом (ADAP) помогает людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и подходящим для участия в программе ADAP, получить доступ к жизненно важным лекарствам от ВИЧ. Рецептурные лекарства Medicare Части D, которые также входят в формулярный список ADAP, подлежат распределению расходов в рамках Программы помощи больным СПИДом Oregon, CAREAssist.

Примечание: Чтобы получить право на участие в программе ADAP, действующей в вашем штате, лица должны соответствовать определённым критериям, включая подтверждение проживания в штате и ВИЧ-статуса, низкий уровень дохода, определённый штатом, и статус незастрахованного или не полностью застрахованного лица. Если вы смените план, пожалуйста, сообщите об этом местному сотруднику по регистрации участников ADAP, чтобы вы могли продолжать получать помощь. Чтобы получить информацию о критериях соответствия, покрываемых лекарствах или о том, как записаться в программу, позвоните в CAREAssist по телефону 971-673-0144 или 1-800-805-2313 (TTY 711).

РАЗДЕЛ 8 Как связаться с Советом по делам пенсионеров-железнодорожников (Railroad Retirement Board)

Совет по делам пенсионеров-железнодорожников — это независимое федеральное агентство, которое управляет комплексными программами выплат для работников железной дороги страны и членов их семей. Если вы получаете Medicare через Совет по делам пенсионеров-железнодорожников, важно сообщить им о переезде или смене почтового адреса. Если у вас есть вопросы, касающиеся ваших льгот от Совета по делам пенсионеров-железнодорожников, свяжитесь с агентством.

| Метод | Совет по делам пенсионеров-железнодорожников – контактная информация |
|---------------|---|
| ЗВОНОК | <p>1-877-772-5772</p> <p>Звонки на этот номер бесплатные.</p> <p>Если вы нажмёте “0”, вы сможете поговорить с представителем RRB с 9:00 am до 3:30 pm в понедельник, вторник, четверг и пятницу, а также с 9:00 am до 12:00 pm в среду.</p> <p>Если вы нажмёте “1”, вы сможете получить доступ к автоматизированной справочной линии RRB и записанной информации 24 часа в сутки, включая выходные и праздничные дни.</p> |

Глава 2 Важные номера телефонов и ресурсы

| Метод | Совет по делам пенсионеров-железнодорожников – контактная информация |
|-------|---|
| TTY | 1-312-751-4701 Этот номер требует специального телефонного оборудования и предназначен только для людей, испытывающих трудности со слухом или речью. Звонки на этот номер <i>не</i> бесплатные. |
| САЙТ | rrb.gov/ |

РАЗДЕЛ 9 Есть ли у вас групповая или другая медицинская страховка от работодателя?

Если вы (или ваш супруг/супруга или сожитель/сожительница) получаете льготы от своего (или супруга/супруги или сожителя/сожительницы) работодателя или группы пенсионеров в рамках этого плана, вы можете позвонить администратору льгот работодателя/объединения или в службу поддержки клиентов, если у вас возникнут вопросы. Вы можете спросить о своих (или супруга/супруги или сожителя/сожительницы) медицинских льготах от работодателя или для пенсионеров, о страховых взносах или о периоде регистрации. Вы также можете позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) с вопросами, касающимися вашего покрытия Medicare в рамках этого плана.

Если у вас есть другое страховое покрытие на рецептурные лекарства, предоставляемая вашим (или вашего супруга/супруги или сожителя/сожительницы) работодателем или группой пенсионеров, обратитесь к **администратору льгот этой группы**. Администратор льгот поможет вам определить, как ваше текущее покрытие рецептурных лекарств будет сочетаться с нашим планом.

РАЗДЕЛ 10 Вы можете получить помощь от Службы ресурсов для пожилых людей и лиц с инвалидностью штата Oregon (Aging and Disability Resource Connection of Oregon, ADRC)

В Oregon обратитесь в Службу ресурсов для пожилых людей и лиц с инвалидностью штата Oregon (Aging and Disability Resource Connection of Oregon, ADRC) по телефону 1-855-ORE-ADRC (1-855-673-2372), www.adrcoforegon.org.

ГЛАВА 3: Использование плана для оплаты медицинских услуг

РАЗДЕЛ 1 Что нужно знать о получении медицинского обслуживания в качестве участника нашего плана

В этой главе рассказывается о том, что нужно знать об использовании плана для получения медицинского обслуживания и других услуг. Здесь приводятся определения терминов и объясняются правила, которым вы должны следовать, чтобы пользоваться медицинскими процедурами, услугами, оборудованием, получать рецептурные лекарства и другие виды медицинской помощи, которые покрываются планом.

Для получения подробной информации о том, какое медицинское обслуживание покрывается нашим планом, воспользуйтесь таблицей льгот в следующей, 4-й главе (*Таблица медицинских льгот, что покрывается*).

Раздел 1.1 Кто входит в сеть поставщиков, и какие услуги покрываются?

- **Поставщики** — это врачи и другие медицинские работники, имеющие государственную лицензию на предоставление медицинских услуг и ухода. Термин “поставщики” также включает больницы и другие медицинские учреждения.
- **Сетевые поставщики услуг** — это врачи и другие медицинские работники, медицинские группы, поставщики медицинского оборудования длительного пользования, больницы и другие медицинские учреждения, заключившие с нами соглашение о принятии нашей оплаты в качестве полной оплаты. Мы договорились с этими поставщиками о предоставлении покрываемых услуг участникам нашего плана. Поставщики, входящие в нашу сеть, напрямую выставляют нам счета за оказанные вам услуги. Обращаясь к сетевому поставщику, вы ничего не платите за покрываемые услуги.
- **Покрываемые услуги** включают все медицинское обслуживание, медицинские услуги, оборудование и рецептурные лекарства, которые покрываются нашим планом. Покрываемая медицинская помощь перечислена в таблице льгот в главе 4. Ваши покрываемые услуги по рецептурным лекарствам описаны в главе 5.

Раздел 1.2 Основные правила получения медицинского обслуживания, покрываемого планом

Как медицинский план Medicare, Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) должен покрывать все услуги, покрываемые планом Original Medicare.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), как правило, покрывает ваше медицинское обслуживание при условии, что:

- **Предоставляемые вам услуги включены в таблицу медицинских льгот плана** (эта таблица приведена в главе 4 данного документа).

Глава 3 Использование плана для оплаты медицинских услуг

- **Лечение, которое вы получаете, считается необходимым с медицинской точки зрения.** Медицинская необходимость означает, что услуги, принадлежности, оборудование или лекарства необходимы для профилактики, диагностики или лечения вашего состояния здоровья и соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики.
- **Вас обслуживает сетевой поставщик первичной медицинской помощи (Primary Care Provider, PCP), который обеспечивает и контролирует ваше лечение.** Будучи участником нашего плана, вы должны выбрать сетевого PCP (подробнее об этом говорится в разделе 2.1 этой главы).
 - Вам не нужно направление от своего PCP, чтобы посетить специалиста сети или получить услуги экстренной и неотложной помощи. Тем не менее, ваш PCP может порекомендовать вам соответствующего сетевого специалиста по вашему заболеванию и обеспечить последующее медицинское обслуживание по мере необходимости. Для координации обслуживания рекомендуется уведомлять своего PCP о желании посетить специалиста сети.
- **Вы должны получать медицинское обслуживание у сетевого поставщика** (подробнее об этом рассказано в разделе 2 этой главы). В большинстве случаев услуги, полученные от несетевого поставщика (поставщик, не входящий в сеть нашего плана), не будут покрываться. Это означает, что вам придётся полностью оплатить услуги поставщика. *Есть три исключения:*
 - План покрывает экстренную помощь или неотложные услуги, которые вы получаете от несетевого поставщика. Более подробная информация об этом, а также о том, что такое экстренные или неотложные услуги, есть в разделе 3 этой главы.
 - Если вам требуется медицинское обслуживание, которое программа Medicare обязывает нас покрывать в рамках нашего плана, но в нашей сети нет специалистов, которые предоставляют такую помощь, вы можете воспользоваться услугами поставщика, не входящего в сеть, при такой же доле распределения расходов, которую вы обычно платите в сети. Перед обращением за медицинской помощью необходимо получить разрешение от плана. В этой ситуации вы заплатите столько же, сколько заплатили бы, если бы получали обслуживание у сетевого поставщика. Информация о получении разрешения на посещение врача, не входящего в сеть, содержится в разделе 2.4 этой главы.
 - План покрывает услуги почечного диализа, которые вы получаете в диализном центре, сертифицированном Medicare, когда вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана или когда ваш поставщик этих услуг временно недоступен или не обслуживает. Сумма распределения расходов, которую вы оплачиваете плану за диализ, не может превышать сумму распределения расходов, предусмотренную планом Original Medicare. Если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана и получаете диализ у поставщика, не входящего в сеть плана, ваша доля расходов не может превышать долю расходов, которую вы оплачиваете в рамках сети.

Однако если ваш обычный сетевой поставщик диализа временно недоступен, и вы решили получить услуги в зоне обслуживания у поставщика, не входящего в сеть плана, ваша доля в распределении расходов на диализ может быть выше.

РАЗДЕЛ 2 Пользуйтесь услугами поставщиков, входящих в сеть плана, для получения медицинского обслуживания

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 2.1 | Вы должны выбрать поставщика первичной медицинской помощи (PCP), который будет обеспечивать и контролировать ваше медицинское обслуживание |
|-------------------|---|

Что такое PCP и что PCP делает для вас?

Что такое PCP?

При регистрации в плане Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) вы должны выбрать поставщика услуг плана, который будет вашим назначенным поставщиком первичной медицинской помощи (Primary Care Provider, PCP). Ваш PCP — это врач, практикующая медсестра или медицинский работник, отвечающие требованиям штата и обученные предоставлять вам основное медицинское обслуживание. Помимо оказания плановой или базовой медицинской помощи, ваш PCP будет координировать другие покрываемые услуги, которые вы получаете как участник плана. Например, ваш назначенный PCP может потребовать одобрения, прежде чем вы обратитесь к специалисту (это называется координацией обслуживания).

Вы должны посещать назначенного вам поставщика первичной медицинской помощи (PCP) для получения услуг первичной медицинской помощи. Если вы обратитесь к сетевому поставщику первичной медицинской помощи (PCP), который не является вашим назначенным поставщиком первичной медицинской помощи (PCP), услуги не будут покрываться.

Какие поставщики могут выступать в качестве PCP?

Существует несколько типов поставщиков медицинских услуг, которые могут выступать в роли PCP. Вашим PCP может быть:

- Терапевт
- Врач семейной практики
- Врач общей практики
- Гериатр
- Практикующая медсестра

Какова роль РСР в вашем плане?

Как правило, в первую очередь вы обращаетесь к своему РСР за медицинским обслуживанием. Есть только несколько видов покрываемых услуг, которые вы можете получить самостоятельно, не обращаясь к своему РСР. Эти исключения смотрите в разделе 2.2.

Какова роль РСР в координации покрываемых услуг?

Как уже говорилось ранее, основную часть вашего лечения будет осуществлять ваш РСР. Он также поможет скоординировать остальные покрываемые услуги, такие как рентгенологическое исследование, лабораторные анализы, терапия, посещение специалистов, госпитализация и последующее лечение. “Координирование” ваших услуг включает обращение к другим поставщикам услуг плана для обсуждения вашего лечения и прогресса. Если вам нужны определённые виды покрываемых услуг или расходных материалов, ваш РСР, возможно, захочет согласовать их заранее.

Какова роль РСР в принятии решений или получении предварительного разрешения (Prior authorization, PA), если это применимо?

В некоторых случаях вашему РСР также необходимо запросить предварительное разрешение (предварительное одобрение — prior authorization, PA) на получение некоторых услуг. Поскольку ваш РСР будет предоставлять и координировать большинство ваших медицинских услуг, вам следует убедиться, что в его офисе хранятся все ваши прошлые медицинские записи.

Как выбрать РСР?

Как выбрать РСР? Вы можете выбрать своего РСР из *Справочника аптек и поставщиков*, который размещён на нашем веб-сайте www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider. Вы также можете позвонить в службу поддержки клиентов, чтобы получить помощь в выборе РСР. Приняв решение, вы должны уведомить об этом службу поддержки клиентов, чтобы обеспечить точную обработку и оплату счетов.

При выборе РСР важно помнить о других поставщиках услуг и учреждениях. Например, если вы хотите воспользоваться услугами конкретного специалиста или больницы, проверьте, входит ли ваш предполагаемый РСР, специалист или учреждение в нашу сеть, воспользовавшись поиском в Справочнике аптек и поставщиков или позвонив в службу поддержки клиентов.

Смена вашего РСР

Вы можете сменить своего РСР по любой причине и в любое время. Также возможно, что ваш РСР может покинуть сеть поставщиков услуг нашего плана, и вам придётся выбирать нового РСР.

Если вы хотите сменить своего РСР, сообщите об этом в службу поддержки Providence Health Assurance до первого приёма. Изменения в выборе вашего РСР вступят в силу в

первый день месяца, следующего за датой вашего запроса. Служба поддержки клиентов будет рада помочь вам.

Обратите внимание: если вы хотите воспользоваться услугами определённого специалиста или больницы, согласуйте их с вашим РСР.

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 2.2 | Какие виды медицинского обслуживания вы можете получить без направления от вашего РСР? |
|-------------------|---|

Вы можете пользоваться нижеперечисленными услугами, не получая предварительного направления от своего РСР.

- Плановые медицинские осмотры для женщин, включая обследование молочных желёз, скрининговую маммографию (рентгенографию грудных желёз), ПАП-тесты и гинекологические осмотры, при условии, что они проводятся у врача, входящего в сеть.
- Прививки от гриппа (или вакцины), вакцинация от COVID-19 и вакцинация от пневмонии.
- Экстренные услуги от сетевых или несетевых поставщиков.
- Неотложные услуги, покрываемые планом, то есть услуги, требующие немедленной медицинской помощи, которые не являются экстренными, при условии, что вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана, или с учётом вашего времени, места и обстоятельств нецелесообразно получать эти услуги у сетевых поставщиков, с которыми план заключил договор. Примерами неотложных услуг являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы или неожиданные обострения существующих заболеваний. Однако необходимые с медицинской точки зрения плановые визиты к врачу, такие как ежегодные осмотры, не считаются неотложными, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана или сеть плана временно недоступна.
- Услуги почечного диализа, которые вы получаете в диализном центре, сертифицированном Medicare, когда вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана. По возможности позвоните в службу поддержки клиентов до того, как вы покинете зону обслуживания, чтобы мы могли помочь организовать вам поддерживающий диализ на время вашего отсутствия.
- Услуги по лечению психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Для получения подробной информации обратитесь в службу поддержки клиентов.
- Плановые осмотры зрения и стандартные оптические изделия. Вы можете пройти плановый осмотр зрения и получить аппаратуру у любого квалифицированного поставщика, принимающего Medicare. Подробности см. в Таблице медицинских льгот в главе 4.

- Обратитесь к своему РСР, чтобы получить рекомендацию специалиста по вашему медицинскому обслуживанию.

Раздел 2.3 Как обратиться к специалистам и другим сетевым поставщикам услуг

Специалист — это врач, оказывающий медицинские услуги по лечению конкретного заболевания или части тела. Имеются различные виды специалистов. Вот несколько примеров:

- Онкологи лечат пациентов с онкологическими заболеваниями.
- Кардиологи лечат пациентов с заболеваниями сердца.
- Ортопеды лечат пациентов с определёнными заболеваниями костей, суставов или мышц.

Медицинские услуги покрываются только в том случае, если они необходимы по медицинским показаниям. Обратите внимание, что ваш РСР будет оказывать большую часть медицинских услуг и, когда это будет необходимо по медицинским показаниям, будет координировать дальнейшее обслуживание со специалистами сети Providence.

Такие услуги, как плановые хирургические процедуры, госпитализация и квалифицированный сестринский уход, должны быть одобрены Providence Health Assurance до даты оказания услуги. Аналогичным образом, разрешение на посещение поставщиков, не входящих в сеть, должно быть одобрено Providence Health Assurance до того, как вы получите медицинскую помощь. Ваш РСР отвечает за получение разрешения Providence Health Assurance на все вышеперечисленное. За дополнительной информацией обращайтесь в службу поддержки клиентов.

Если вы хотите воспользоваться услугами конкретного специалиста или больницы, сначала обратитесь к своему РСР, чтобы убедиться, что нужный вам специалист или учреждение входит в нашу сеть. Чтобы найти поставщика, специалиста или учреждение, посетите сайт www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

Чтобы узнать, какие услуги требуют предварительного разрешения, см. главу 4, раздел 2.1.

Что делать, если специалист или другой сетевой поставщик услуг выходит из нашего плана?

В течение года мы можем вносить изменения в список больниц, врачей и специалистов (поставщиков), которые входят в ваш план. Если ваш врач или специалист выходит из плана, у вас есть определённые права и меры защиты, которые кратко описаны ниже:

Глава 3 Использование плана для оплаты медицинских услуг

- Несмотря на то, что наша сеть поставщиков услуг может меняться в течение года, Medicare требует, чтобы мы обеспечивали вам постоянный доступ к квалифицированным врачам и специалистам.
- Мы уведомим вас о том, что ваш поставщик выходит из нашего плана, чтобы у вас было время выбрать нового поставщика.
 - Если ваш поставщик первичной медицинской помощи или услуг по охране психического здоровья покидает наш план, мы уведомим вас, если вы наблюдались у этого поставщика в течение последних трёх лет.
 - Если кто-то из ваших других поставщиков услуг выйдет из нашего плана, мы уведомим вас, если вы зарегистрированы у этого поставщика, в настоящее время наблюдаетесь у него или посещали его в течение последних трёх месяцев.
- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного сетевого поставщика, к которому вы сможете обращаться для продолжения лечения.
- Если в настоящее время вы проходите лечение или терапию у вашего нынешнего поставщика услуг, вы имеете право запросить, и мы приложим все усилия, чтобы обеспечить продолжение необходимого с медицинской точки зрения лечения или терапии, которую вы получаете.
- Мы предоставим вам информацию о различных периодах зачисления и возможностях смены плана.
- Мы организуем предоставление любых необходимых с медицинской точки зрения покрываемых услуг за пределами нашей сети поставщиков, но с сохранением условий распределения расходов в сети, если поставщик или услуги в сети недоступны или недостаточны для удовлетворения ваших медицинских потребностей. Обратите внимание, что в этой ситуации могут действовать правила предварительного разрешения.
- Если вы узнали, что ваш врач или специалист покидает ваш план, свяжитесь с нами, чтобы мы могли помочь вам найти нового поставщика услуг для вашего лечения.
- Если вы считаете, что мы не предоставили вам квалифицированного поставщика услуг вместо предыдущего поставщика или что ваше лечение не осуществляется должным образом, вы имеете право подать жалобу на качество обслуживания в QIO, жалобу на качество обслуживания в план или в обе инстанции. См. главу 9.

Раздел 2.4**Как обратиться за медицинской помощью к поставщикам, не входящим в сеть**

Как правило, услуги, полученные от несетевого поставщика (поставщик, не входящий в сеть нашего плана), не будут покрываться. Вот пять исключений, которые будут оплачены по тарифу внутри сети, если вы получаете услуги от поставщика, не входящего в сеть:

- Экстренная или неотложная помощь, когда вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана или когда поставщики, работающие в зоне обслуживания, временно недоступны. Дополнительную информацию о получении такой помощи см. в главе 4, раздел 2.1.
- Прививки от гриппа или пневмонии.
- Услуги почечного диализа, которые вы получаете в диализном центре, когда вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана.
- Плановый осмотр зрения и стандартные оптические изделия. Дополнительную информацию о получении такой помощи см. в главе 4, раздел 2.1.
- Если вам требуется медицинская помощь, которую программа Medicare обязывает наш план покрывать, и наши сетевые поставщики не могут обеспечить данное лечение, вы можете воспользоваться услугами несетевого поставщика. Прежде чем обращаться за помощью, необходимо получить разрешение от плана. Ваш поставщик обязан запросить разрешение, прежде чем предоставить вам услуги. Если разрешение получено, вы заплатите столько же, сколько и при получении услуг от поставщика, входящего в сеть.

РАЗДЕЛ 3 Как получить услуги в чрезвычайных ситуациях, когда вам требуется экстренная помощь или во время стихийного бедствия

| |
|--|
| Раздел 3.1 Получение медицинской помощи в экстренных случаях |
|--|

Что такое экстренная медицинская помощь и что нужно делать в случае её необходимости?

Экстренная медицинская помощь — это когда вы или любой другой здравомыслящий человек, обладающий средними знаниями о здоровье и медицине, считаете, что у вас появились медицинские симптомы, требующие немедленной медицинской помощи, чтобы предотвратить потерю жизни (а если вы беременная женщина, то и потерю нерождённого ребёнка), потерю конечности или функции конечности, потерю или серьёзное нарушение функции организма. Медицинскими симптомами могут быть болезнь, травма, сильная боль или состояние здоровья, которое быстро ухудшается.

Если у вас возникла необходимость в экстренной медицинской помощи:

- **Обратитесь за помощью как можно быстрее.** Позвоните в службу спасения 911 или обратитесь в ближайшее отделение скорой помощи или больницу. Вызовите скорую помощь, если она вам необходима. Вам *не* нужно получать разрешение или направление от своего РСР. Вам не обязательно пользоваться услугами врача, входящего в сеть. Вы можете получить покрываемое экстренное медицинское обслуживание, когда бы оно вам ни понадобилось, в любой точке США или их

территорий и у любого поставщика, имеющего соответствующую государственную лицензию, даже если он не входит в нашу сеть.

Что покрывается, если у вас возникла необходимость в экстренной медицинской помощи?

Наш план покрывает услуги скорой помощи в ситуациях, когда доставка в отделение неотложной помощи любым другим способом может угрожать вашему здоровью. Мы также покрываем медицинские услуги во время чрезвычайной ситуации.

Врачи, оказывающие вам неотложную помощь, решат, когда ваше состояние стабилизируется и неотложная медицинская помощь закончится.

После окончания экстренного лечения вы имеете право на последующее наблюдение, чтобы убедиться, что ваше состояние остаётся стабильным. Ваши врачи будут продолжать лечить вас до тех пор, пока ваши врачи не свяжутся с нами и не составят план дополнительного лечения. Ваше последующее лечение будет покрыто нашим планом.

Если экстренная помощь оказывается несетевыми поставщиками, мы постараемся договориться о том, чтобы сетевые поставщики занялись вашим лечением, как только позволит состояние вашего здоровья и обстоятельства.

Что если это была не экстренная медицинская ситуация?

Иногда бывает трудно понять, нужна ли вам экстренная медицинская помощь. Например, вы можете обратиться за экстренной помощью, думая, что вашему здоровью угрожает серьёзная опасность, а врач может сказать, что это была вовсе не ситуация экстренной медицинской помощи. Если выяснится, что это не был экстренный случай, но вы обоснованно считали, что вашему здоровью угрожает серьёзная опасность, мы оплатим ваше лечение.

Однако после того, как врач сказал, что это *не* экстренный случай, мы оплатим дополнительное лечение *только* если вы получите его одним из этих двух способов:

- Для получения дополнительного лечения вы обращаетесь к сетевому поставщику;
- – *или* – получаемое вами дополнительное лечение считается срочно необходимым, и вы следуете правилам получения такого срочного лечения (подробнее рассказано в разделе 3.2 ниже).

Раздел 3.2 Получение помощи, если вам необходимы неотложные медицинские услуги

Что из себя представляют неотложные медицинские услуги?

Покрываемая планом услуга, подразумевающая немедленное медицинское вмешательство и не являющаяся экстренной, является неотложной услугой, если вы либо временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана, либо с учётом вашего времени, места и обстоятельств нецелесообразно получать эту услугу у сетевых поставщиков, с которыми план заключил договор. Примерами неотложных услуг являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы или неожиданные обострения существующих заболеваний. Однако необходимые с медицинской точки зрения плановые визиты к врачу, такие как ежегодные осмотры, не считаются неотложными, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана или сеть плана временно недоступна.

Если у вас возникла ситуация, требующая неотложной медицинской помощи, вы можете обратиться к своему поставщику первичной медицинской помощи, позвонить в ProvRN по телефону 503-574-6520 или 1-800-700-0481 и/или получить услуги поставщика неотложной медицинской помощи. Информацию о распределении расходов см. в главе 4, раздел 2.

Наш план не покрывает услуги экстренной помощи, неотложные медицинские услуги или любые другие услуги по уходу за пределами Соединённых Штатов и их территорий.

Раздел 3.3 Получение помощи во время катастроф

Если губернатор вашего штата, Министр здравоохранения и социальных служб США или Президент США объявят о чрезвычайном положении или стихийном бедствии в вашем географическом регионе, вы всё равно имеете право на обслуживание в рамках вашего плана.

Для получения информации о помощи во время стихийных бедствий посетите сайт www.ProvidenceHealthAssurance.com/disastercare.

Если во время стихийного бедствия вы не сможете воспользоваться услугами сетевого поставщика, ваш план позволит вам получить помощь у несетевых поставщиков, с условиями распределения расходов в рамках сети. Если во время стихийного бедствия вы не можете воспользоваться услугами сетевой аптеки, вы можете купить лекарства по рецепту в несетевой аптеке. Дополнительную информацию см. в разделе 2.5 главы 5.

РАЗДЕЛ 4 Что делать, если вам выставили счёт за полную стоимость услуг?

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 4.1 | Вы можете запросить у нас оплату покрываемых услуг |
|-------------------|---|

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) может возместить только услуги, покрываемые Medicare, но не услуги, покрываемые Medicaid. Если ваш запрос на возмещение расходов будет одобрен, наша выплата покроет только сумму, разрешенную Medicare (то, что мы обычно платим поставщику за услугу), и не покроет ту часть, которая покрывается Medicaid, например, сострахование и франшизы Medicare.

Если вы оплатили покрываемые услуги или получили счёт за покрываемые медицинские услуги, прочитайте в главе 7 (*Обращение к нам с просьбой оплатить нашу часть счёта, полученного вами за покрываемые медицинские услуги или лекарства*) о том, что делать.

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 4.2 | Что делать, если услуги не покрываются нашим планом |
|-------------------|--|

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) покрывает все необходимые с медицинской точки зрения услуги, перечисленные в Таблице медицинских льгот в главе 4 данного документа. Если вы пользуетесь услугами, не покрываемыми нашим планом, или услугами, полученными вне сети и без разрешения, вы несёте ответственность за оплату полной стоимости услуг.

При получении покрываемых услуг, на которые установлены ограничения, вы также оплачиваете полную стоимость любых услуг, которые вы получаете после того, как вы израсходовали свой лимит на данный вид покрываемых услуг. После того как лимит льгот на конкретную услугу достигнут, любые дополнительные расходы на эту услугу не будут засчитываться в максимальный лимит расходов из собственных средств вашего плана. Вы можете позвонить в службу поддержки клиентов, чтобы узнать, какую часть лимита льгот вы уже исчерпали.

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: Если вы являетесь участником плана с двойным правом (поскольку у вас есть и Medicare, и Oregon Health Plan (Medicaid)), некоторые льготы, не покрываемые планом Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), могут быть покрыты вашей льготой Oregon Health Plan (Medicaid). См. раздел "Краткое описание услуг, покрываемых планом Oregon Health Plan (Medicaid)" в Кратком обзоре льгот для получения информации о вашем покрытии по программе Oregon Health Plan (Medicaid) и для получения дополнительной информации. Перед оплатой обязательно проконсультируйтесь с Oregon Health Plan (Medicaid).

РАЗДЕЛ 5 Как оплачиваются медицинские услуги, если вы участвуете в клиническом исследовании?

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 5.1 | Что из себя представляет клиническое исследование? |
|-------------------|---|

Клиническое исследование (также называемое клиническим испытанием) — это способ, с помощью которого врачи и учёные проверяют новые виды медицинского лечения, например насколько эффективно работает новое лекарство от рака. Некоторые клинические исследования одобрены программой Medicare. Клинические исследования, одобренные Medicare, обычно требуют участия в них добровольцев.

После того как Medicare одобрит исследование, а вы проявите интерес, с вами свяжется сотрудник, работающий над исследованием, чтобы подробнее рассказать о нем и выяснить, соответствуете ли вы требованиям, установленным учёными, проводящими исследование. Вы можете участвовать в исследовании при условии, что соответствуете требованиям исследования *и* полностью понимаете и согласны с тем, что вас ждёт в случае участия в исследовании.

Если вы участвуете в исследовании, одобренном Medicare, то Original Medicare оплачивает большую часть расходов на покрываемые услуги, которые вы получаете в рамках исследования. Если вы сообщите нам, что участвуете в квалифицированном клиническом испытании, то будете нести ответственность только за распределение расходов в сети на услуги в рамках этого испытания. Если вы заплатили больше, например если вы уже оплатили долю по распределению расходов Original Medicare, мы возместим разницу между тем, что вы заплатили, и суммой по распределению расходов в сети. Однако вам нужно будет предоставить документы, чтобы показать нам, сколько вы заплатили. Если вы участвуете в клиническом исследовании, вы можете оставаться в нашем плане и продолжать получать остальные услуги (не связанные с исследованием) в рамках нашего плана.

Если вы хотите принять участие в каком-либо одобренном Medicare клиническом исследовании, вам *не нужно* сообщать нам об этом или получать разрешение от нас или вашего РСР. Поставщики, которые оказывают вам помощь в рамках клинического исследования, *не* должны входить в сеть поставщиков нашего плана. Обратите внимание, что сюда не входят льготы, за которые отвечает наш план и которые включают в себя в качестве компонента клинические испытания или регистр оценки льготы. К ним относятся определённые льготы, указанные в национальных решениях о покрытии, требующих покрытия при условии разработки доказательной базы (national coverage determinations requiring coverage with evidence development, NCDs-CED), и исследования с освобождением от требований для экспериментальных медицинских устройств (investigational device exemption, IDE); на них может распространяться предварительное разрешение и другие правила плана.

Хотя вам не нужно получать разрешение нашего плана на участие в клинических исследованиях, которые покрываются планом Original Medicare для участников

программы Medicare Advantage, мы рекомендуем вам заранее уведомить нас, если вы решили принять участие в клинических исследованиях, признанных Medicare.

Если вы участвуете в исследовании, которое Medicare *не одобрила*, вы будете нести ответственность за оплату всех расходов, связанных с вашим участием в исследовании.

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 5.2 | Кто и за что платит, когда вы участвуете в клиническом исследовании? |
|-------------------|---|

Если вы участвуете в одобренном Medicare клиническом исследовании, Original Medicare покрывает стандартные приборы и услуги, которые вы получаете в рамках исследования, включая:

- Палату и питание во время пребывания в больнице, которые оплачивала бы Medicare, даже если бы вы не участвовали в исследовании.
- Операцию или другую медицинскую процедуру, если она является частью научного исследования.
- Лечение побочных эффектов и осложнений нового лечения.

После того как Medicare оплатит свою часть стоимости этих услуг, наш план оплатит оставшуюся часть. Как и за все покрываемые услуги, вы ничего не заплатите за покрываемые услуги, которые получаете в рамках клинического исследования.

Если вы участвуете в клиническом научном исследовании, **ни программа Medicare, ни наш план не будут оплачивать ничего из перечисленного ниже:**

- Как правило, Medicare *не* оплачивает новый прибор или услугу, которые тестируются в рамках исследования, если только Medicare не покрывала бы этот прибор или услугу, даже если бы вы не участвовали в исследовании.
- Предметы или услуги, предоставляемые только для сбора данных и не используемые для непосредственного медицинского обслуживания. Например, Medicare не будет оплачивать ежемесячные КТ-сканирования, проводимые в рамках исследования, если ваше состояние здоровья обычно требует только одного КТ-сканирования.
- Ресурсы и услуги, обычно предоставляемые спонсорами исследования бесплатно любому участнику исследования.

Хотите узнать больше?

Вы можете получить дополнительную информацию о клиническом исследовании, посетив сайт Medicare, где вы можете прочитать или загрузить публикацию “*Medicare и клинические исследования*” (*Medicare and Clinical Research Studies*). (Публикация находится по ссылке: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) Вы можете звонить по номеру телефона 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),

24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

РАЗДЕЛ 6 Правила получения медицинской помощи в религиозном немедицинском лечебном учреждении

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 6.1 | Что из себя представляет религиозное немедицинское лечебное учреждение? |
|-------------------|--|

Религиозное немедицинское лечебное учреждение — это учреждение, предоставляющее уход за больными, которые обычно лечатся в больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода. Если получение ухода в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода противоречит религиозным убеждениям участника, мы предоставим покрытие за уход в религиозном немедицинском лечебном учреждении. Эта льгота предоставляется только на стационарные услуги Части А (немедицинские лечебные услуги).

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 6.2 | Получение помощи в религиозном немедицинском лечебном учреждении |
|-------------------|---|

Чтобы получить помощь в религиозном немедицинском лечебном учреждении, вы должны подписать юридический документ, в котором говорится, что вы сознательно соглашаетесь на получение медицинской помощи, которая **не предусмотрена**.

- **Непредусмотренная** медицинская помощь или лечение — это любое медицинское обслуживание или лечение, которые являются *добровольными* и *не требуются* в соответствии с каким-либо федеральным, государственным или местным законодательством.
- **Предусмотренная** медицинская помощь — это медицинское обслуживание или лечение, которое вы получаете *не* добровольно или *которое требуется* в соответствии с федеральным, государственным или местным законодательством.

Для получения покрытия по нашему плану обслуживание в религиозном немедицинском лечебном учреждении должно соответствовать следующим условиям:

- Учреждение, обеспечивающее уход, должно быть сертифицировано Medicare.
- Покрытие нашим планом получаемых вами услуг ограничивается *нерелигиозными* аспектами обслуживания.
- Если вы получаете от этого учреждения услуги, которые предоставляются вам в учреждении, действуют следующие условия:

- Ваше состояние здоровья должно позволять вам получать покрываемые услуги по стационарному лечению в больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
- – и – вы должны получить предварительное разрешение от нашего плана до того, как вас примут в учреждение, иначе ваше пребывание в нём не будет покрыто.

Количество дней, покрываемых планом, не ограничено для каждого стационарного пребывания в больнице. Для получения дополнительной информации см. строку “Стационарное лечение” в Таблице медицинских льгот, которая находится в главе 4, раздел 2 данного документа.

РАЗДЕЛ 7 Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования

| |
|---|
| Раздел 7.1 Будет ли вам принадлежать медицинское оборудование длительного пользования после внесения определённого количества платежей по нашему плану? |
|---|

Медицинское оборудование длительного пользования (durable medical equipment, DME) включает в себя такие предметы, как кислородное оборудование и принадлежности, инвалидные кресла, ходунки, матрасы с электрическим управлением, костыли, принадлежности для диабетиков, речевые аппараты, внутривенные инфузионные устройства IV, небулайзеры и больничные кровати, предоставляемые по заказу поставщика для использования на дому. Участнику всегда принадлежат определённые предметы, например протезы. В этом разделе мы расскажем о других видах DME, которые вы арендуете (берёте на временное пользование).

В Original Medicare люди, арендующие определённые виды DME, становятся владельцами этого оборудования после того, как в течение 13 месяцев платят за него совместные платежи. Однако, будучи участником плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), вы, как правило, не получаете право собственности на арендованные ресурсы DME, независимо от того, сколько совместных платежей вы внесли за этот ресурс, будучи участником нашего плана, даже если вы внесли до 12 последовательных платежей за ресурс DME по программе Original Medicare до вступления в наш план. При определённых ограниченных обстоятельствах мы передадим вам право собственности на предмет DME. Позвоните в Providence Home Services, чтобы получить дополнительную информацию.

Что произойдёт со сделанными платежами за медицинское оборудование длительного пользования, если вы перейдёте на Original Medicare?

Если вы не получили право собственности на предмет DME, находясь в нашем плане, вам придётся сделать 13 новых последовательных платежей после перехода на Original

Medicare, чтобы стать владельцем этого предмета. Платежи, сделанные во время участия в вашем плане, не учитываются.

Пример 1: Вы сделали 12 или менее последовательных платежей за этот предмет в Original Medicare, а затем присоединились к нашему плану. Платежи, сделанные вами в рамках Original Medicare, не учитываются.

Пример 2: Вы сделали 12 или менее последовательных платежей за этот предмет в Original Medicare, а затем присоединились к нашему плану. Вы участвовали в нашем плане, но не получили право собственности, будучи в нём. Тогда вы вернётесь к плану Original Medicare. Вам придётся сделать 13 новых последовательных платежей, чтобы стать владельцем этого предмета, когда вы снова присоединитесь к Original Medicare. Все предыдущие платежи (как в наш план, так и в Original Medicare) не учитываются.

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 7.2 | Правила для кислородного оборудования, принадлежности и технического обслуживания |
|-------------------|--|

На какие льготы по использованию кислородного оборудования вы имеете право?

Если вы имеете право на покрытие кислородного оборудования по Medicare, план Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) оплатит:

- Аренду кислородного оборудования
- Обеспечение кислородом и его содержание
- Трубки и связанные с ними принадлежности для подачи кислорода и содержания кислорода
- Обслуживание и ремонт кислородного оборудования

Если вы выходите из плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) или больше не нуждаетесь в кислородном оборудовании по медицинским показаниям, то кислородное оборудование необходимо вернуть.

Что произойдёт, если вы выйдете из плана и вернётесь в Original Medicare?

Original Medicare требует, чтобы поставщик кислорода предоставлял вам услуги в течение пяти лет. В течение первых 36 месяцев вы арендуете оборудование. Оставшиеся 24 месяца поставщик предоставляет оборудование и техническое обслуживание (вы по-прежнему оплачиваете сумму совместного платежа за кислород). По истечении пяти лет вы можете остаться в той же компании или перейти в другую. В этот момент пятилетний цикл начинается заново, даже если вы остаётесь в той же компании, и вам придётся оплачивать совместные платежи в течение первых 36 месяцев. Если вы присоединитесь к нашему плану или покинете его, пятилетний цикл начнётся сначала.

ГЛАВА 4:

*Таблица медицинских льгот
(что покрывается)*

РАЗДЕЛ 1 Понимание покрываемых услуг

В этой главе приводится Таблица медицинских льгот, в которой перечислены покрываемые услуги, предоставляемые вам как участнику плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Далее в этой главе вы найдёте информацию о медицинских услугах, которые не покрываются. Кроме того, здесь описываются ограничения на некоторые услуги. Для получения информации об исключениях или ограничениях, которые не указаны в настоящем *Справочнике страхователя*, обратитесь в службу поддержки клиентов.

Раздел 1.1 Вы ничего не платите за покрываемые услуги

Для участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) в пакете льгот “ОНП с ограниченным лекарственным обеспечением” (“ОНП with Limited Drug”) план Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только суммы совместных расходов за услуги, которые обычно покрываются программой Oregon Health Plan (Medicaid). За дополнительной информацией обращайтесь в Oregon Health Plan (Medicaid) или в свою организацию по координации медицинского обслуживания Oregon Health Plan (Medicaid). Участники Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), зарегистрированные в Health Share/Providence по плану Oregon Health Plan (Medicaid), не будут нести никаких затрат из собственных средств за медицинские услуги, покрываемые Medicare. Суммы распределения расходов на рецептурные лекарства по-прежнему применяются.

Поскольку вы получаете помощь от Medicaid, вы ничего не платите за покрываемые услуги до тех пор, пока следуете правилам плана по получению медицинской помощи. (Более подробно о правилах получения медицинской помощи, установленных планами, рассказано в главе 3.)

Раздел 1.2 Какую максимальную сумму вы заплатите за покрываемые медицинские услуги?

Примечание: Поскольку наши участники также получают помощь от плана Oregon Health Plan (Medicaid), очень немногие из них достигают этого максимального размера расходов из собственных средств. Вы не несёте ответственности за оплату каких-либо расходов, превышающих максимальную сумму расходов из собственных средств, на покрываемые услуги по Части А и Части В.

Поскольку вы являетесь участником плана Medicare Advantage Plan, существует ограничение на сумму, которую вы должны выплачивать из собственных средств каждый год за медицинские услуги, покрываемые нашим планом. Это ограничение называется максимальной суммой расходов из собственных средств (maximum out-of-pocket, MOOP) за медицинские услуги. Для 2025 календарного года эта сумма составляет \$9,350.

Суммы, которые вы платите за покрываемые услуги, засчитываются в эту максимальную сумму расходов из собственных средств. Суммы, которые вы платите за рецептурные лекарства Части D, не учитываются при расчёте максимальной суммы расходов из

собственных средств. Если вы достигнете максимальной суммы расходов из собственных средств в размере \$9,350, вам не придётся оплачивать какие-либо расходы из собственных средств за покрываемые услуги в течение оставшегося года. Однако вы должны продолжать платить страховой взнос по Части В Medicare (если только ваш страховой взнос по Части В не оплачивает за вас Oregon Health Plan (Medicaid) или иная третья сторона).

РАЗДЕЛ 2 Посмотрите в Таблице медицинских льгот, что подлежит покрытию

| |
|--|
| Раздел 2.1 Ваши медицинские льготы как участника плана |
|--|

В Таблице медицинских льгот на следующих страницах перечислены услуги, которые покрывает Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Страховое покрытие рецептурных лекарств Части D приведено в главе 5. Услуги, перечисленные в Таблице медицинских льгот, покрываются только при соблюдении следующих требований покрытия:

- Ваши услуги, покрываемые Medicare, должны предоставляться в соответствии с правилами покрытия, установленными Medicare.
- Ваши услуги (включая медицинское обслуживание, услуги, принадлежности, оборудование и рецептурные лекарства Части В) *должны* быть необходимыми с медицинской точки зрения. Медицинская необходимость означает, что услуги, принадлежности или лекарства необходимы для профилактики, диагностики или лечения вашего состояния здоровья и соответствуют общепринятым стандартам медицинской практики.
- Для новых участников, ваш план координированного обслуживания МА должен предоставить минимум 90-дневный переходный период, в течение которого новый план МА не может требовать предварительного разрешения на любой активный курс лечения, даже если этот курс лечения был связан с услугой, начатой у поставщика, не входящего в сеть.
- Вас обслуживает сетевой поставщик первичной медицинской помощи (PCP), который обеспечивает и контролирует ваше лечение.
- Если вы хотите повысить уровень своей активности, уменьшить стресс, улучшить пищевые привычки, похудеть, отказаться от курения или просто чувствовать себя лучше – тренер по здоровью из Providence может вам помочь. Наши профессиональные тренеры по здоровью помогут устранить барьеры, мотивировать вас, когда вам нужна поддержка, и стать помощником на вашем пути к хорошему самочувствию. Ваша льгота включает до 12 сеансов телефонного коучинга по здоровью в течение календарного года. Чтобы получить дополнительную информацию об этой льготе или записаться на нее, свяжитесь с программой коучинга по здоровью по телефону 888-819-8999 или 503-574-6000. Часы работы: с 8:00 a.m. до 5:00 p.m. (Тихоокеанское время). с понедельника по пятницу.

- Услуги коучинга по здоровью по телефону предоставляются для вас бесплатно. Участие является добровольным.
- Нуждаетесь ли вы в помощи, чтобы разобраться в новом диагнозе, или вам требуется поддержка в управлении заболеванием, которое давно влияет на вашу жизнь, компания Providence Care Management всегда готова помочь! Наша команда может помочь вам ориентироваться в услугах здравоохранения в вашем регионе, предоставить персонализированное обучение по вопросам здоровья и предложить экспертную поддержку при различных заболеваниях, включая, в частности, сахарный диабет, рак, психические расстройства и другие. Чтобы узнать больше или начать работу, свяжитесь с нами по телефону 503-574-7247 или 1-800-662-1121 (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. или напишите нам по электронной почте Care.Management@Providence.org.
 - Услуги по организации ухода предоставляются для вас бесплатно. Участие в программе является добровольным, и вы можете отказаться от участия в ней, обратившись к своему менеджеру по уходу или связавшись с нами по телефону.
- Некоторые услуги, перечисленные в Таблице медицинских льгот, покрываются *только* в том случае, если ваш врач или другой сетевой поставщик заранее получает от нас разрешение (иногда называемое предварительным разрешением). Покрываемые услуги, требующие предварительного одобрения, отмечены в Таблице медицинских льгот звёздочкой. Кроме того, следующие услуги, не перечисленные в Таблице льгот, требуют предварительного разрешения:
 - Услуги скорой помощи
 - Услуги неэкстренной транспортировки на машине скорой помощи, такие как перевозка из больницы в учреждение квалифицированного сестринского ухода, требуют предварительного одобрения. Чаще всего поставщик услуг связывается с нами для получения предварительного разрешения; однако вы всегда имеете право запросить разрешение.
 - Стоматологические услуги
 - Общая анестезия для стоматологических услуг требует предварительного разрешения. Чаще всего поставщик услуг связывается с нами для получения предварительного разрешения; однако вы всегда имеете право запросить разрешение.
 - Некоторые услуги челюстно-лицевой хирургии, включая услуги, предоставляемые в кабинете, требуют предварительного разрешения. Чаще всего поставщик услуг связывается с нами для получения предварительного разрешения; однако вы всегда имеете право запросить разрешение.
 - Обучение по самостоятельному контролю сахарного диабета, диабетологические услуги и принадлежности
 - Тест-полоски и глюкометры, не входящие в предпочтительный список, расходные материалы, превышающие лимиты, покрываемые Medicare, а

также диабетическая обувь или вкладыши требуют предварительного одобрения.

- Вы или поставщик услуг должны связаться с Providence Home Services по телефону 1-800-762-1253, чтобы запросить предварительное разрешение.
- Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие товары
 - Определённое медицинское оборудование длительного пользования, включая следующие категории, но не ограничиваясь ими, требует предварительного разрешения:
 - Некоторые глюкометры непрерывного действия (continuous glucose monitors, CGM)
 - Механизмы подъёма сиденья
 - Инвалидное кресло с электроприводом и принадлежности
 - Некоторые нервные стимуляторы
 - Заменители кожи
 - Оральные приспособления
 - Устройства для сгибания/разгибания
 - Насосы для лечения ран
 - Устройства для генерирования речи
 - Покупка аппарата СИПАП (Constant Positive Airway Pressure, CPAP) после пробного/арендного периода
 - Вы или поставщик услуг должны связаться с Providence Home Services по телефону 1-800-762-1253, чтобы запросить предварительное разрешение.
- Уход за больными на дому
 - Услуги по уходу на дому могут потребовать предварительного разрешения. Вы или назначающий поставщик услуг должны связаться с Providence Home Services по телефону 1-800-762-1253, чтобы запросить предварительное разрешение.
- Стационарное лечение в больнице
 - Независимо от причины госпитализации, все случаи госпитализации в стационар требуют уведомления. В большинстве случаев стационарное учреждение или поставщик услуг связывается с нами, однако вы всегда имеете право уведомить нас.
- Стационарная психиатрическая помощь
 - Все услуги по стационарному лечению психических заболеваний, расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, и опиоидной терапии требуют уведомления. В большинстве случаев

стационарное учреждение или поставщик услуг связывается с нами, однако вы всегда имеете право уведомить нас.

- Пребывание в стационаре: покрываемые услуги, полученные в больнице или SNF во время пребывания в стационаре без покрытия
 - Все услуги, полученные во время пребывания в стационаре без покрытия, могут потребовать предварительного разрешения. В большинстве случаев стационарное учреждение или поставщик услуг связывается с нами, чтобы получить предварительное разрешение; однако вы всегда имеете право уведомить нас.
- Приём в стационарном реабилитационном учреждении
 - Все случаи пребывания в стационарных реабилитационных учреждениях требуют уведомления. В большинстве случаев стационарное учреждение или назначающий поставщик услуг связывается с нами, однако у вас всегда есть право запросить разрешение.
- Рецептные лекарства Части В Medicare
 - Некоторые рецептные лекарства Части В Medicare, такие как химиотерапевтические лекарства, требуют предварительного разрешения. Чаще всего поставщик услуг связывается с нами для получения предварительного разрешения; однако вы всегда имеете право запросить разрешение.
- Амбулаторные диагностические исследования, терапевтические услуги и расходные материалы
 - Все высокотехнологичные радиологические исследования, такие как МРТ, МРА, ОФЭКТ, КТА, КТ, ПЭТ, требуют предварительного разрешения. В большинстве случаев поставщик услуг связывается с администратором льгот по оплате услуг визуализации, чтобы получить предварительное разрешение; однако вы всегда имеете право запросить разрешение. Контактную информацию см. в главе 2, разделе 1.
- Амбулаторные стационарные услуги
 - Нейропсихологическое тестирование может потребовать предварительного разрешения. Вы или поставщик услуг должны связаться с нами, чтобы узнать о предварительном разрешении.
 - Генетическое тестирование, цитогенетические исследования и соответствующие консультации требуют предварительного разрешения. Чаще всего поставщик услуг связывается с нами для получения предварительного разрешения; однако вы всегда имеете право запросить разрешение.
- Амбулаторная психиатрическая помощь

- Амбулаторные психиатрические услуги могут потребовать предварительного разрешения. Вы или поставщик услуг должны связаться с нами, чтобы узнать о предварительном разрешении.
- Амбулаторные услуги при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ
 - Амбулаторные услуги при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, могут потребовать предварительного разрешения. Вы или поставщик услуг должны связаться с нами, чтобы узнать о предварительном разрешении.
- Амбулаторная хирургия, включая услуги, предоставляемые в больничных амбулаторных учреждениях и амбулаторных хирургических центрах
 - Некоторые операции на тазобедренном, коленном и плечевом суставах требуют предварительного разрешения. Чаще всего поставщик услуг связывается с нами для получения предварительного разрешения; однако вы всегда имеете право запросить разрешение.
 - Различные косметические, реконструктивные, назальные, оральные, стоматологические и/или ортогнатические процедуры требуют предварительного разрешения. Чаще всего поставщик услуг связывается с нами для получения предварительного разрешения; однако вы всегда имеете право запросить разрешение.
 - Трансплантация органов, тканей и костного мозга, включая предтрансплантационное обследование и HLA-типирование, требует предварительного разрешения. Чаще всего поставщик услуг связывается с нами для получения предварительного разрешения; однако вы всегда имеете право запросить разрешение.
 - Увулэктомия, увулопалатофарингопластика (uvulopalatopharyngoplasty, UPPP) и лазерная увулопалатопластика (laser-assisted uvulopalatoplasty, LAUP) требуют предварительного разрешения. Чаще всего поставщик услуг связывается с нами для получения предварительного разрешения; однако вы всегда имеете право запросить разрешение.
 - Операции на шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника требуют предварительного разрешения. Чаще всего поставщик услуг связывается с нами для получения предварительного разрешения; однако вы всегда имеете право запросить разрешение.
 - Бариатрические хирургические процедуры требуют предварительного разрешения. Чаще всего поставщик услуг связывается с нами для получения предварительного разрешения; однако вы всегда имеете право запросить разрешение.
 - Процедуры, операции и лечение, которые могут считаться экспериментальными или исследовательскими, требуют предварительного разрешения. Чаще всего поставщик услуг связывается с нами для получения

- предварительного разрешения; однако вы всегда имеете право запросить разрешение.
- Услуги и процедуры, не имеющие конкретных кодов СРТ (услуги и процедуры, не включённые в список), требуют предварительного разрешения. Чаще всего поставщик услуг связывается с нами для получения предварительного разрешения; однако вы всегда имеете право запросить разрешение.
 - Услуги частичной госпитализации
 - Все услуги частичной госпитализации могут потребовать предварительного разрешения. Вам или поставщику, выписывающему назначение, следует связаться с нами для получения предварительного разрешения.
 - Протезы и сопутствующие принадлежности
 - Все протезы и некоторые принадлежности требуют предварительного разрешения.
 - Вы или поставщик услуг должны связаться с Providence Home Services по телефону 1-800-762-1253, чтобы запросить предварительное разрешение.
 - Скрининговые исследования рака лёгких с помощью низкодозовой компьютерной томографии (low dose computed tomography, LDCT)
 - Это обследование включает КТ-сканирование, на которое требуется предварительное разрешение. В большинстве случаев поставщик услуг связывается с администратором льгот по оплате услуг визуализации, чтобы получить предварительное разрешение; однако вы всегда имеете право запросить разрешение. Контактную информацию см. в главе 2, разделе 1.
 - Консультация по поводу LDCT не требует разрешения.
 - Уход в учреждениях квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility, SNF)
 - Для всех случаев ухода в учреждении квалифицированного сестринского ухода требуется уведомление. В большинстве случаев с нами связывается учреждение квалифицированного сестринского ухода или поставщик, выписывающий назначение, однако вы всегда имеете право уведомить нас.
 - Офтальмологическое лечение – медицинские изделия для коррекции зрения
 - Медицинские изделия для коррекции зрения могут потребовать предварительного разрешения. Вы или поставщик услуг должны связаться с нами, чтобы узнать о предварительном разрешении.
 - Если ваш план координированного обслуживания одобряет запрос на предварительное разрешение на проведение курса лечения, такое разрешение должно действовать столько, сколько это целесообразно и необходимо с медицинской точки зрения, чтобы избежать перерывов в лечении в соответствии с применимыми критериями покрытия, вашей историей болезни и рекомендациями лечащего врача.

Другие важные особенности нашего покрытия, которые необходимо знать:

- Вы получаете страховое покрытие как по Medicare, так и по Oregon Health Plan (Medicaid). Medicare покрывает медицинское обслуживание и рецептурные лекарства. Oregon Health Plan (Medicaid) покрывает вашу часть распределения расходов на оплату услуг Medicare. Oregon Health Plan (Medicaid) также покрывает услуги, которые Medicare не покрывает.
- Как и все медицинские планы Medicare, мы покрываем всё, что покрывает Original Medicare. (Если вы хотите узнать больше о покрытии и стоимости Original Medicare, см. справочник *Medicare & You 2025 (Medicare и вы 2025)*). Вы можете найти его в сети по ссылке www.medicare.gov или запросить копию, позвонив 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048).
- Все профилактические услуги, которые покрываются бесплатно по Original Medicare, мы также покрываем бесплатно для вас. Однако, если во время посещения, когда вы получаете профилактическую услугу, вас также лечат или обследуют в связи с существующим медицинским показанием, за лечение, полученное в связи с существующим медицинским показанием, будет взиматься сумма совместного платежа.
- Если программа Medicare добавит покрытие каких-либо новых услуг в течение 2025 года, эти услуги будут покрываться либо Medicare, либо нашим планом.
- Если вы состоите в месячном периоде действия нашего плана, мы продолжим предоставлять вам все льготы Medicare, покрываемые планом Medicare Advantage. Однако в течение этого периода Oregon Health Plan (Medicaid) может не продолжать покрывать льготы Oregon Health Plan (Medicaid), включённые в государственный план Oregon Health Plan (Medicaid), и не оплачивать страховые взносы Medicare или распределение расходов, за которые Oregon Health Plan (Medicaid) мог бы нести ответственность в противном случае. Доли в распределении расходов на основные и дополнительные льготы Medicare в этот период не меняются.

Важная информация о льготах для участников программы, которые имеют право на “Дополнительную помощь”:

- Если вы получаете “Дополнительную помощь” для оплаты расходов по программе рецептурных лекарств Medicare, таких как страховые взносы, франшизы и сострахование, вы можете иметь право на другие целевые дополнительные льготы и/или целевое снижение распределения расходов.
- Для получения более подробной информации перейдите к строке **VБID (Модель страхования на основе стоимости)** в приведённой ниже Таблице медицинских льгот.
- Если у вас диагностированы следующие хронические заболевания, перечисленные ниже, и вы соответствуете определённым критериям, вы можете иметь право на специальные дополнительные льготы для хронически больных.

○ **Список хронических заболеваний:**

1. Хроническая зависимость от алкоголя и других наркотических средств;
2. Аутоиммунные заболевания, ограниченные следующими:
 - узелковый полиартериит,
 - ревматическая полимиалгия,
 - полимиозит,
 - ревматоидный артрит и
 - системная красная волчанка;
3. Рак, за исключением предраковых состояний или состояний, ограниченных местом изначальной локализации (in-situ);
4. Сердечно-сосудистые заболевания, ограниченные следующими:
 - сердечные аритмии,
 - ишемическая болезнь сердца,
 - заболевания периферических сосудов и
 - хроническое венозное тромбоэмболическое расстройство;
5. хроническая сердечная недостаточность;
6. деменция;
7. сахарный диабет;
8. заболевания печени последней стадии;
9. болезнь почек последней стадии (End-stage renal disease, ESRD), требующая диализа;
10. Тяжелые гематологические заболевания, ограниченные следующими:
 - апластическая анемия,
 - гемофилия,
 - иммунная тромбоцитопеническая пурпура,
 - миелодиспластический синдром,
 - серповидноклеточная анемия (за исключением носительства серповидноклеточной анемии) и
 - хроническое венозное тромбоэмболическое расстройство;
11. ВИЧ/СПИД
12. Хронические заболевания легких, ограниченные следующими:
 - астма,
 - хронический бронхит,
 - эмфизема,
 - лёгочный фиброз и
 - лёгочная гипертензия;
13. Хронические и инвалидирующие психические заболевания, ограниченные следующими:
 - биполярные расстройства,
 - большие депрессивные расстройства,
 - параноидальное расстройство,
 - шизофрения и
 - шизоаффективное расстройство;

14. Неврологические расстройства, ограниченные следующими:

- боковой амиотрофический склероз (Amyotrophic lateral sclerosis, ALS),
- эпилепсия,
- обширный паралич (т. е. гемиплегия, квадриплегия, параплегия, моноплегия),
- болезнь Хантингтона,
- рассеянный склероз,
- болезнь Паркинсона,
- полинейропатия,
- спинальный стеноз и
- неврологический дефицит, связанный с инсультом; и

15. Инсульт

- Для получения права на льготы от участников не требуется никаких действий. Мы автоматически определим соответствие критериям:
 - Используя оценку риска для здоровья (health risk assessment, HRA) для новых участников в качестве основания для определения соответствия критериям.
 - Еженедельного извлечения кодов диагнозов в течение года, чтобы помочь определить, соответствуют ли требования участники, которые продлевают программу, или участники, которым диагноз был поставлен в середине года.
- Мы отправим соответствующим требованиям участникам письмо с инструкциями о том, как активировать дополнительные льготы.
- Для получения более подробной информации перейдите к строке *Специальные дополнительные льготы для хронически больных* в приведённой ниже Таблице медицинских льгот.
- Свяжитесь с нами, чтобы узнать, на какие льготы вы можете претендовать.



Вы увидите изображение яблока рядом с профилактическими услугами в таблице льгот.

Вы ничего не платите за услуги, указанные в Таблице медицинских льгот, при условии, что вы соответствуете требованиям покрытия, описанным выше.

- Для получения льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid) обратитесь к Таблице льгот в документе “Краткий обзор льгот” от Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

Таблица медицинских льгот

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|---|--|
| <p> Обследование аневризмы брюшной аорты</p> <p>Одноразовое скрининговое УЗИ для людей из группы риска. План покрывает это обследование только в том случае, если у вас есть определённые факторы риска и если вы получили направление на него от своего врача, помощника врача, практикующей медсестры или клинической медсестры.</p> <p>Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.</p> | <p>Для участников, имеющих право на это профилактическое обследование, не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.</p> |
| <p>Иглоукальвание при хронической боли в пояснице</p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <p>Для обладателей Medicare покрывается до 12 посещений в течение 90 дней при следующих обстоятельствах:</p> <p>Для целей данной льготы хроническая боль в пояснице определяется как:</p> <ul style="list-style-type: none">• продолжительностью 12 недель и более;• неспецифическая, поскольку не имеет идентифицируемой системной причины (т. е. не связана с метастатическим, воспалительным, инфекционным заболеванием и т. д.).• не связанная с хирургическим вмешательством; и• не связанная с беременностью. <p>Для пациентов, отмечающих улучшение, будет оплачено ещё восемь сеансов. В год может быть проведено не более 20 процедур иглоукальвания.</p> <p>Лечение должно быть прекращено, если состояние пациента не улучшается или регрессирует.</p> | <p>Для иглоукальвания при хронических болях в пояснице сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачиваться только та сумма распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).</p> |

Услуги, которые покрываются для вас

**Что вы должны заплатить
при получении этих услуг**

**Иглоукальвание при хронической боли в
пояснице (продолжение)**

Требования к поставщикам:

Врачи (как определено в пункте 1861I(1) Закона о социальном обеспечении (Social Security Act; далее — Закон) могут предоставлять услуги иглоукальвания в соответствии с соответствующими требованиями штата.

Помощники врача (physician assistants, PAs), практикующие медсёстры (nurse practitioners, NPs)/клинические медсёстры (clinical nurse specialists, CNSs) (как указано в пункте 1861(aa)(5) Закона) и вспомогательный персонал могут предоставлять услуги иглоукальвания, если они отвечают всем соответствующим требованиям штата и имеют:

- степень магистра или доктора в области иглоукальвания или восточной медицины от учебного заведения, аккредитованного Аккредитационной комиссией по иглоукальванию и восточной медицине (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, АСАОМ); и,
- действующую, полную, активную и неограниченную лицензию на практику иглоукальвания в одном из штатов, территорий или Содружества (например, Пуэрто-Рико) США или округа Колумбия.

Вспомогательный персонал, предоставляющий услуги иглоукальвания, должен находиться под соответствующим уровнем контроля врача, PA или NP/CNS, как того требуют наши правила в 42 CFR §§ 410.26 и 410.27.

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Услуги скорой помощи*

Покрываемые услуги скорой помощи, как в экстренной, так и в неэкстренной ситуации, включают услуги стационарной, винтокрылой и наземной скорой помощи до ближайшего соответствующего учреждения, которое может оказать помощь, если они предоставляются участнику, состояние здоровья которого таково, что другие способы транспортировки могут поставить под угрозу здоровье человека, или если они разрешены планом. Если покрываемые услуги скорой помощи не являются экстренными, необходимо документально подтвердить, что состояние участника таково, что другие способы транспортировки могут угрожать его здоровью, и что транспортировка на машине скорой помощи необходима по медицинским показаниям.

*Правила получения предварительного разрешения могут применяться к услугам неэкстренной транспортировки, в том числе из учреждений, не входящих в сеть, в учреждения, входящие в сеть. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.

Для транспортировки в одну сторону на наземной скорой помощи, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для транспортировки в одну сторону на воздушной скорой помощи, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для услуг скорой помощи, полученных через систему экстренного медицинского реагирования 911, когда вы получаете лечение, но не едете в машине скорой помощи, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для разрешённой перевозки в одну сторону на машине скорой помощи из учреждения, не входящего в сеть, в учреждение, входящее в сеть сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|---|
| <p> Ежегодный плановый медицинский осмотр</p> <p>Наш план покрывает ежегодный плановый медосмотр в дополнение к покрываемому Medicare ежегодному профилактическому визиту.</p> <p>Эта льгота позволяет посещать врача без особых медицинских жалоб и включает комплексный медосмотр один раз в календарный год.</p> <p>Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.</p> | <p>На ежегодный плановый медосмотр не распространяется ни сострахование, ни совместный платёж, ни франшиза.</p> |
| <p> Ежегодный профилактический осмотр</p> <p>Если вы участвовали в Части В дольше 12 месяцев, вы можете пройти ежегодное оздоровительное посещение, чтобы разработать или обновить индивидуальный план профилактики на основе вашего текущего состояния здоровья и факторов риска. Это покрытие предоставляется один раз в 12 месяцев.</p> <p>Примечание: ваш первый ежегодный оздоровительный осмотр не может состояться в течение 12 месяцев после профилактического посещения “<i>Добро пожаловать в Medicare</i>”. Однако, вам не нужно посещать “<i>Добро пожаловать в Medicare</i>”, чтобы иметь право на ежегодные оздоровительные осмотры после того, как вы получали покрытие по Части В в течение 12 месяцев.</p> <p>Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.</p> | <p>Для ежегодных профилактических осмотров не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.</p> |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|---|
| <p> Определение костной массы</p> <p>Для отвечающих условиям лиц (как правило, это люди с риском потери костной массы или риском остеопороза) покрываются следующие услуги каждые 24 месяца или чаще, если это необходимо по медицинским показаниям: процедуры для определения костной массы, выявления потери костной массы или определения качества костной ткани, включая интерпретацию результатов врачом.</p> <p>Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.</p> | <p>На услуги измерения костной массы, покрываемые Medicare, не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.</p> |
| <p> Обследование на рак молочной железы (маммография)</p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none">• Одна контрольная маммограмма в возрасте от 35 до 39 лет• Одна скрининговая маммограмма каждые 12 месяцев для женщин в возрасте 40 лет и старше• Клинические обследования груди раз в 24 месяца <p>Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.</p> | <p>На покрываемые услуги маммографии не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.</p> |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|---|---|
| <p>Услуги кардиологической реабилитации</p> <p>Комплексные программы кардиологической реабилитации, включающие физические упражнения, обучение и консультирование, покрываются для участников, отвечающих определенным условиям, при наличии предписания врача. План также покрывает программы интенсивной кардиологической реабилитации, которые, как правило, являются более строгими или более интенсивными, чем программы кардиологической реабилитации.</p> <p>Количество сеансов кардиологической реабилитации ограничено 36 сеансами в течение 36 недель. Если это необходимо по медицинским показаниям, вы можете получить до 36 дополнительных сеансов.</p> <p>Количество сеансов интенсивной кардиологической реабилитации ограничено 36 сеансами в течение 36 недель. Если это необходимо по медицинским показаниям, вы можете получить до 36 дополнительных сеансов.</p> | <p>Для каждой услуги кардиореабилитации, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для каждой услуги интенсивной кардиореабилитации, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).</p> |
| <p> Посещение для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (терапия сердечно-сосудистых заболеваний)</p> <p>Мы покрываем одно посещение вашего лечащего врача в год, чтобы помочь снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний. Во время этого посещения врач может обсудить применение аспирина (если это необходимо), проверить ваше кровяное давление и дать вам советы по здоровому питанию.</p> <p>Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.</p> | <p>Для льготы по интенсивной поведенческой терапии, направленной на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.</p> |

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг



Диагностика сердечно-сосудистых заболеваний

Анализ крови для выявления сердечно-сосудистых заболеваний (или отклонений, связанных с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний) раз в 5 лет (60 месяцев).

Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.

Для диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, которая покрывается раз в 5 лет, не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|---|--|
| <p> Обследование на рак шейки матки и влагалища</p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none">• Для всех женщин: Пап-тесты и обследования органов малого таза оплачиваются один раз в 24 месяца• Если вы подвержены высокому риску развития рака шейки матки или влагалища или находитесь в детородном возрасте и в течение последних 3 лет проходили пап-тест с отклонениями от нормы: один пап-тест каждые 12 месяцев. <p>Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.</p> | <p>На профилактические пап-исследования и обследования органов малого таза, покрываемые Medicare, не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.</p> |
| <p>Услуги хиропрактики</p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none">• Мы покрываем только ручные манипуляции с позвоночником для исправления подвывиха (когда одна или несколько костей вашего позвоночника смещаются в неправильное положение), если вы получаете эту услугу от мануального терапевта или другого квалифицированного поставщика. | <p>Для каждого посещения мануального терапевта, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).</p> |

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг



Обследование на колоректальный рак

Покрываются следующие профилактические тесты:

- Колоноскопия не имеет ограничений по минимальному или максимальному возрасту и покрывается раз в 120 месяцев (10 лет) для пациентов, не входящих в группу высокого риска, или через 48 месяцев после предыдущей гибкой сигмоидоскопии для пациентов, не входящих в группу высокого риска развития колоректального рака, и раз в 24 месяца для пациентов из группы высокого риска после предыдущей профилактической колоноскопии или бариевой клизмы.
- Гибкая сигмоидоскопия для пациентов 45 лет и старше. Один раз в 120 месяцев для пациентов, не входящих в группу высокого риска, после проведения профилактической колоноскопии. Один раз в 48 месяцев для пациентов из группы высокого риска после последней гибкой сигмоидоскопии или бариевой клизмы.
- Скрининговые анализы фекально-оккультной крови для пациентов 45 лет и старше. Один раз в 12 месяцев.
- Многоцелевая ДНК кала для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям группы высокого риска. Один раз в 3 года.
- Тесты на биомаркеры крови для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям группы высокого риска. Один раз в 3 года.
- Бариевая клизма как альтернатива колоноскопии для пациентов из группы высокого риска, у которых прошло 24 месяца с момента последней профилактической бариевой клизмы или последней профилактической колоноскопии.
- Ирригоскопия как альтернатива гибкой сигмоидоскопии для пациентов без высокого риска и в возрасте 45 лет и старше. Не менее одного раза в течение 48 месяцев после последней профилактической бариевой клизмы или профилактической гибкой сигмоидоскопии.

Для обследования на рак толстой кишки, покрываемого программой Medicare, не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза, за исключением ирригоскопии, для которой применяется сострахование. Если во время колоноскопии или гибкой сигмоидоскопии врач обнаружит и удалит полип или другую ткань, профилактическое обследование становится диагностическим.

Для участников, имеющих право на получение услуг скрининговой бариевой клизмы, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг



Обследование на колоректальный рак (продолжение)

Профилактические тесты на колоректальный рак включают последующую профилактическую колоноскопию после того, как покрываемый Medicare неинвазивный тест на колоректальный рак, проведенный на основе кала, дал положительный результат.

Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.

Стоматологические услуги*

Как правило, профилактические стоматологические услуги (такие как чистка, плановый осмотр и рентген зубов) не покрываются планом Original Medicare. Однако, в настоящее время Medicare оплачивает стоматологические услуги в ограниченном числе случаев, в частности, когда эти услуги являются неотъемлемой частью специфического лечения основного заболевания бенефициара. В качестве примера можно привести восстановление челюсти после перелома или травмы, удаление зубов в рамках подготовки к лучевой терапии рака челюсти или осмотр полости рта перед трансплантацией почки. Кроме того, мы покрываем:

Стоматологические услуги, покрываемые Medicare:

- Операции на челюсти или связанных с ней структурах, вправление переломов челюсти или лицевых костей, удаление зубов для подготовки челюсти к лучевой терапии при неопластических заболеваниях и другие челюстные или стоматологические услуги, которые предоставляются врачом.

Для каждого посещения стоматолога, покрываемого Medicare, не предусмотрено ни сострахование, ни совместный платёж, ни франшиза.

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Стоматологические услуги* (продолжение)

Другие стоматологические услуги:

- Мы выдаём вам предварительно пополненную дебетовую карту для оплаты стоматологических услуг. Вы можете использовать деньги с этой карты для оплаты любых стоматологических услуг, от чистки и рентгенографии до пломб и коронок. Эту карту нельзя использовать для оплаты нестоматологических услуг.
- Максимальный объём средств на карте составляет \$1,900, которые вы можете использовать в период с 12:00 а.м. 1 января 2025 года до 11:59 р.м. 31 декабря 2025 года. Обратите внимание, что если вы не используете все деньги на карте в течение этого срока, срок её действия истечёт, и деньги не будут перенесены на следующий год.
- Карту можно использовать в любой стоматологической клинике по вашему выбору.
- Если вы используете все деньги на карте для оплаты одной стоматологической услуги или процедуры, то вам придётся оплатить полное распределение расходов за все последующие стоматологические услуги, которые вы получите в том же календарном году.

Если у вас возникли вопросы по поводу вашей дебетовой карты или стоматологических льгот, позвоните в службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711.

*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.

В течение каждого календарного года вам предоставляется пособие в размере \$1,900 на любые стоматологические услуги по вашему выбору.

Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг



Диагностика депрессии

Мы покрываем одно обследование на депрессию в год. Обследование должно проводиться в учреждении первичной медицинской помощи, которое может обеспечить последующее лечение и/или направление к специалистам.

Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.

За ежегодное обследование на депрессию не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.



Обследование на наличие диабета

Мы покрываем это обследование (включая анализ глюкозы натощак), если у вас есть один из следующих факторов риска: высокое кровяное давление (гипертония), аномальный уровень холестерина и триглицеридов (дислипидемия), ожирение или повышенный уровень сахара в крови (глюкозы). Анализы также могут быть покрыты, если вы соответствуете другим требованиям, например страдаете избыточным весом или имеете диабет в семейном анамнезе.

Вы можете иметь право на два скрининговых обследования на сахарный диабет каждые 12 месяцев после даты последнего скринингового теста на диабет.

Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.

Для диагностических анализов на сахарный диабет, покрываемых Medicare, не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг



Обучение по самостоятельному контролю сахарного диабета, диабетологические услуги и расходные материалы*

Для всех людей с сахарным диабетом (принимающих и не принимающих инсулин), покрываемые услуги включают:

- Приборы для контроля уровня глюкозы в крови: Монитор для определения уровня глюкозы в крови, тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови, приспособления для ланцетов и ланцеты, а также растворы для проверки точности тест-полосок и мониторов контроля уровня глюкозы.
- Для людей с диабетом, страдающих тяжёлыми заболеваниями диабетической стопы: Одна пара терапевтической индивидуально изготовленной обуви (включая стельки, прилагаемые к такой обуви) и две дополнительные пары стелек в течение календарного года или одна пара ортопедической обуви и три пары стелек (не включая не индивидуальные съёмные стельки, прилагаемые к такой обуви). Покрытие включает подгонку.

На расходные материалы для диабетического мониторинга, покрываемые Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Тест-полоски и глюкометры ограничены предпочтительными производителями, указанными в плане. Все диабетические принадлежности и/или устройства должны быть предоставлены и организованы через сеть розничных аптек или другого поставщика услуг.

Для терапевтической обуви или вкладышей, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Все медицинское оборудование длительного пользования (DME) должно быть предоставлено и организовано через сеть розничных аптек, Providence Home Services или другого уполномоченного планом поставщика.

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

 **Обучение по самостоятельному контролю сахарного диабета, диабетологические услуги и расходные материалы*** (продолжение)

- Обучение самостоятельному контролю за диабетом покрывается при определённых условиях.

Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.

*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.

Для обучения самостоятельному управлению сахарным диабетом, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачиваться только та сумма распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).

Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие товары*

(Определение медицинского оборудования длительного пользования см. в главе 12, а также в разделе 7 главы 3 данного документа.)

К покрываемым предметам относятся, в частности, инвалидные коляски, костыли, матрасы с электрическим управлением, диабетические принадлежности, больничные кровати, заказанные поставщиком для использования на дому, внутривенные инфузионные устройства IV, устройства, генерирующие речь, кислородное оборудование, небулайзеры и ходунки.

Мы покрываем всё необходимое по медицинским показаниям DME, покрываемое Original Medicare. Если наш поставщик в вашем регионе не поставляет продукцию определённой марки или производителя, вы можете попросить его сделать для вас специальный заказ.

Актуальный список поставщиков услуг и снабжения размещён на нашем сайте по адресу

www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

Поставщиком DME в вашем регионе является Providence Home Services. С ними можно связаться по телефону 1-800-762-1253.

Для медицинского оборудования длительного пользования и сопутствующих расходных материалов, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для кислородного оборудования, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Ваша доля расходов не изменится после 36 месяцев участия в программе.

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|---|--|
| <p>Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие товары* (продолжение)</p> <p>Если вы (или ваш поставщик) не согласны с решением плана о страховом покрытии, вы или ваш поставщик можете подать апелляцию. Вы также можете подать апелляцию, если не согласны с решением поставщика услуг о том, какой продукт или бренд подходит для вашего заболевания. (Более подробную информацию об апелляциях см. в главе 9 “<i>Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы)</i>”.)</p> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.</p> | <p>Все медицинское оборудование длительного пользования (DME), такое как системы непрерывного мониторинга глюкозы (continuous glucose monitors, CGM), инсулиновые помпы и инвалидные кресла, должно предоставляться сетью розничных аптек, службой Providence Home Services или другим поставщиком сети.</p> <p>Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).</p> |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|---|--|
| <p>Скорая помощь</p> <p>Скорая помощь относится к услугам, которые:</p> <ul style="list-style-type: none">• предоставляются поставщиком, имеющим право на оказание экстренной помощи, и• необходимы для оценки или стабилизации экстренного медицинского состояния. <p>Экстренная медицинская ситуация — это когда вы или любой другой здравомыслящий человек, обладающий средними знаниями о здоровье и медицине, считаете, что у вас появились медицинские симптомы, требующие немедленной медицинской помощи, чтобы предотвратить гибель, потерю конечности или утрату функции конечности. Медицинскими симптомами могут быть болезнь, травма, сильная боль или состояние здоровья, которое быстро ухудшается.</p> <p>Расходы на необходимые экстренные услуги, предоставляемые вне сети, распределяются так же, как и на такие услуги, предоставляемые в сети.</p> <p>Покрытие скорой помощи действует только в Соединённых Штатах и на их территориях.</p> | <p>Для каждого посещения отделения скорой помощи, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Если вас госпитализируют в течение 24 часов после посещения отделения экстренной помощи, вам не нужно платить совместный платёж за услуги отделения экстренной помощи.</p> <p>Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).</p> <p>Если вы получаете экстренную помощь в больнице, не входящей в сеть, и нуждаетесь в стационарном лечении после стабилизации вашего экстренного состояния, вы должны получить стационарное лечение в больнице, не входящей в сеть, с разрешения плана, и ваша стоимость будет соответствовать распределению расходов, которую вы бы заплатили в больнице, входящей в сеть.</p> |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|---|--|
| Скорая помощь (продолжение) | Информацию о распределении расходов на стационарное лечение см. в разделе “Стационарные больничные услуги” данной таблицы медицинских льгот. |
| Льготы на фитнес | Для льгот на фитнес не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза. |
| <p>Участники плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) могут посещать тренажёрные залы, входящие в сеть, чтобы улучшить своё здоровье и чувствовать себя лучше. Как участник вы можете бесплатно воспользоваться следующими возможностями:</p> <ul style="list-style-type: none">• Фитнес-залы: У вас есть доступ к различным местным спортзалам. Вы можете найти фитнес-центр в радиусе 40 миль, посетив веб-сайт фитнес-центра. Контактную информацию см. в разделе 1 главы 2 в таблице “Администратор льгот”.• Онлайн-фитнес: Занятия доступны. Расписание занятий смотрите на сайте фитнес-клуба.• Занятия фитнесом: Вы также получаете доступ к социальным мероприятиям и другим видам деятельности, доступным на сайте с занятиями фитнесом.• Brain Health — программа для поддержания здоровья мозга, направленная на то, чтобы помочь вам быть в отличной когнитивной форме, тренировать память, улучшать концентрацию и ускорять мыслительные процессы. | |
| <p><i>Если у вас возникли вопросы, вам нужна помощь в поиске соответствующего фитнес-центра, вы хотите записаться в программу или узнать больше о ней, свяжитесь с Администратором льгот. Вы можете найти их контактную информацию в главе 2, разделе 1.</i></p> | |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|---|---|
| <p>Слуховые услуги</p> <p>Диагностические оценки слуха и баланса, проводимые вашим поставщиком для определения необходимости медицинского лечения, покрываются как амбулаторное обслуживание, если они проводятся врачом, аудиологом или другим квалифицированным поставщиком.</p> <p>Обратите внимание: При предоставлении дополнительных услуг может применяться отдельное распределение расходов. Как правило, дополнительное обследование слуха и слуховые аппараты не входят в покрытие.</p> | <p>Для диагностических слуховых исследований, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).</p> |
| <p> Обследование на ВИЧ</p> <p>Для людей, которые просят провести тест на ВИЧ или находятся в группе повышенного риска заражения ВИЧ, мы покрываем:</p> <ul style="list-style-type: none">• Один профилактический анализ каждые 12 месяцев <p>Для беременных женщин мы покрываем:</p> <ul style="list-style-type: none">• До трёх профилактических обследований во время беременности <p>Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.</p> | <p>Для участников, имеющих право на профилактическое обследование на ВИЧ, покрываемое Medicare, не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.</p> |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|--|
| <p>Уход за больными на дому*</p> <p>Перед получением медицинских услуг на дому врач должен подтвердить, что вы нуждаетесь в таковых, и заказать их предоставление агентством по оказанию медицинских услуг на дому. Вы должны быть привязаны к дому, то есть выход из дома должен быть сопряжён с большими усилиями.</p> <p>Покрываемые услуги включают следующее, но не ограничиваются им:</p> <ul style="list-style-type: none">• Услуги квалифицированного медперсонала и помощника по дому на неполный рабочий день или с перерывами (чтобы покрываться пособием по уходу на дому, ваши услуги квалифицированного медперсонала и помощника по дому в совокупности должны составлять менее 8 часов в день и 35 часов в неделю)• Физиотерапия, трудотерапия и логопедия• Медицинские и социальные услуги• Медицинское оборудование и принадлежности <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.</p> | <p>Для каждого посещения врача на дому, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. Тем не менее, если этот пункт покрывается в рамках другой льготы, применяется соответствующее распределение расходов, указанное в других разделах данной таблицы медицинских льгот. Например, медицинское оборудование длительного пользования, не предоставляемое агентством по уходу на дому.</p> <p>Все медицинские услуги и уход на дому должны предоставляться компанией Providence Home Services или другим поставщиком, входящим в сеть.</p> |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|---|---|
| <p>Инфузионная терапия в домашних условиях*</p> <p>Домашняя инфузионная терапия подразумевает внутривенное или подкожное введение лекарств или биологических препаратов человеку в домашних условиях. Компоненты, необходимые для проведения инфузий в домашних условиях, включают лекарства (например, противовирусные лекарства, иммуноглобулин), оборудование (например, инфузионный насос) и принадлежности (например, трубки и катетеры). Покрываемые услуги включают следующее, но не ограничиваются им:</p> <ul style="list-style-type: none">• Профессиональные услуги, включая услуги медсестёр, предоставляемые в соответствии с планом ухода• Тренинги и обучение пациентов, которые в других случаях не покрываются льготой на медицинское оборудование длительного пользования• Удалённое наблюдение• Услуги по наблюдению за проведением инфузионной терапии в домашних условиях и предоставлением лекарств для таковой квалифицированным поставщиком инфузионной терапии в домашних условиях <p>Непредпочтительные лекарства Части В могут быть подвергнуты ступенчатой терапии. Самый актуальный список лекарств Части В, на которые распространяется ступенчатая терапия, можно найти на нашем сайте www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary.</p> | <p>Для инфузионной терапии на дому, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для химиотерапевтических лекарств Части В и их введения, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для других лекарств Части В, покрываемых Medicare, и их введения сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для медицинского оборудования длительного пользования, протезов и сопутствующих медицинских принадлежностей, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> |

Обратите внимание: Для оплаты услуг специалистов может применяться отдельное распределение расходов.

*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|--|
| Уход в хосписе | |
| <p>Вы имеете право на пособие по хоспису, если ваш врач и медицинский директор хосписа дали вам заключение о том, что вы неизлечимо больны и, если болезнь будет иметь обычное течение, вам осталось жить 6 месяцев или меньше. Вы можете воспользоваться услугами любого хосписа, сертифицированного Medicare. Ваш план обязан помочь вам найти сертифицированные Medicare хосписные программы в зоне обслуживания плана, включая те, которыми владеет организация МА, которые она контролирует или в которых имеет финансовый интерес. Ваш врач в хосписе может быть как сетевым, так и несетевым поставщиком услуг.</p> | <p>Если вы зарегистрированы в сертифицированной Medicare программе хосписа, ваши хосписные услуги, а также услуги по Части А и Части В, связанные с вашим терминальным прогнозом, оплачиваются программой Original Medicare, а не Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).</p> |
| <p>Покрываемые услуги включают:</p> | <p>Вы должны получать помощь от поставщика хосписных услуг, сертифицированного Medicare.</p> |
| <ul style="list-style-type: none">• Лекарства для контроля симптомов и облегчения боли• Кратковременный уход за больными• Уход на дому | |
| <p><u>За услуги хосписа и за услуги, которые покрываются частями А или В Medicare и связаны с вашим заключительным прогнозом:</u> Original Medicare (а не наш план) оплатит услуги хосписа, связанные с вашим заключительным прогнозом. В период вашего нахождения в программе хосписа ваш поставщик услуг хосписа будет выставять счёт Original Medicare за услуги, которые оплачивает Original Medicare. Вам будет предъявлен счёт согласно распределению расходов по Original Medicare.</p> | <p>За консультационные хосписные услуги, предоставляемые во время пребывания в стационаре, может взиматься дополнительное распределение расходов.</p> |
| | <p>Для лекарств и услуг по кратковременному уходу за больными может применяться отдельное распределение расходов.</p> |
| | <p>Наш план покрывает консультационные услуги хосписа (только один раз) для неизлечимо больного человека, который отказался от льгот на хоспис.</p> |

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Уход в хосписе (продолжение)

Для услуг, которые покрываются Частью А или В Medicare и не связаны с вашим терминальным прогнозом: если вам нужны неэкстренные, не срочные услуги, которые покрываются Частями А или В Medicare и не связаны с вашим заключительным прогнозом, стоимость этих услуг зависит от того, воспользуетесь ли вы услугами поставщика в сети нашего плана и будете ли соблюдать правила плана (например, если требуется получить предварительное разрешение).

- Если вы получаете покрываемые услуги у поставщика, входящего в сеть, вы платите только сумму распределения расходов, покрываемую планом, за услуги, входящие в сеть
- Если вы пользуетесь покрываемыми услугами у несетевого поставщика, вы оплачиваете расходы по Fee-for-Service Medicare (Original Medicare)

Для услуг, которые покрываются Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), но не покрываются Частью А или В Medicare: Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) продолжит оплачивать покрываемые планом услуги, которые не покрываются Частями А или В, независимо от того, связаны они с вашим заключительным прогнозом или нет. Вы оплачиваете свою долю по распределению расходов по плану за эти услуги.

Для лекарств, которые могут покрываться льготами плана по Части D: Если эти лекарства не связаны с заболеванием, по поводу которого вы получаете хосписную помощь, вы оплачиваете свою долю по распределению расходов. Если они связаны с заболеванием, по поводу которого вы получаете хосписную помощь, вы оплачиваете свою долю по распределению расходов согласно Original Medicare. Лекарства никогда не покрываются одновременно хосписом и нашим планом. Дополнительную информацию см. в разделе 9.4 главы 5 (“Что делать, если вы находитесь в хосписе, сертифицированном Medicare?”).

Примечание: если вам нужен уход вне хосписа (уход, не связанный с вашим неизлечимым прогнозом), вам следует связаться с нами, чтобы договориться о предоставлении услуг.

Для консультационных услуг хосписа, полученных в офисе поставщика первичной медицинской помощи или в кабинете специалиста, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг



Вакцинация

Покрываемые услуги Части В Medicare включают:

- Вакцины от пневмонии
- Прививки (или вакцины) от гриппа, один раз в сезон гриппа осенью и зимой, с дополнительными прививками (или вакцинами) от гриппа, если это необходимо по медицинским показаниям
- Вакцины против гепатита В, если вы подвержены высокому или среднему риску заражения гепатитом В
- Вакцины от COVID-19
- Другие вакцины, если вы находитесь в группе риска и они соответствуют правилам покрытия Части В Medicare

Мы также покрываем большинство других вакцин для взрослых в рамках льготы на рецептурные лекарства Части D.

Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.

Для вакцины против пневмонии, гриппа, гепатита В и COVID-19 не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.

Для всех остальных видов вакцинации Части В, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для получения прививки от гриппа и/или пневмонии вы должны обратиться к поставщику услуг Medicare. Большинство прививок можно сделать в местной аптеке.

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Стационарное лечение в больнице*

Включает стационарные больницы неотложной помощи, стационарные реабилитационные больницы, больницы долгосрочного ухода и другие виды стационарных больничных услуг. Стационарное лечение начинается с того дня, когда вас официально помещают в больницу по предписанию врача. День перед выпиской считается последним днём пребывания в стационаре.

Вам покрывается неограниченное количество дней в течение одного льготного периода для стационарного пребывания в больнице, покрываемого Medicare.

За исключением экстренных случаев, ваш врач должен сообщить нам, что вас собираются положить в больницу.

Покрываемые услуги включают следующее, но не ограничиваются им:

- Полуотдельная палата (или отдельная палата, если это необходимо по медицинским показаниям)
- Питание, включая особые диеты
- Регулярные услуги медсестёр
- Расходы на услуги специальных отделений (например, отделений интенсивной терапии или коронарных отделений)
- Лекарства и медикаменты
- Лабораторные исследования
- Рентгенография и другие радиологические услуги
- Необходимые хирургические и медицинские принадлежности
- Использование вспомогательных принадлежностей, например, инвалидных кресел
- Расходы на операционные и восстановительные палаты
- Физическая, трудовая и логопедическая терапия
- Стационарные услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ
- При определённых условиях покрываются следующие виды трансплантации: роговицы, почек, почек и поджелудочной железы, сердца, печени, лёгких, сердца/лёгких, костного мозга, стволовых клеток и кишечника/мультивисцеральной системы.

Это суммы распределения расходов на 2024 год, и они могут измениться на 2025 год. План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) предоставит обновлённые тарифы, как только они будут выпущены. В 2024 году суммы за каждый льготный период составили \$0 или:

- \$0 или \$1,632 франшизы;
- В течение дней 1-60 сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.
- \$0 или \$408 совместного платежа за дни 61-90
- В течение 91 дня и позже сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Стационарное лечение в больнице* (продолжение)

Если вам нужна трансплантация, мы организуем рассмотрение вашего случая в центре трансплантации, одобренном Medicare, который решит, являетесь ли вы кандидатом на трансплантацию. Поставщики услуг по трансплантации могут быть местными или находиться за пределами зоны обслуживания. Если наши услуги по трансплантации, входящие в сеть, находятся за пределами местной схемы обслуживания, вы можете выбрать местное обслуживание, если местные поставщики услуг по трансплантации готовы принять тариф Original Medicare. Если план Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) предоставляет услуги по трансплантации в месте, не входящем в систему оказания услуг по трансплантации в вашем районе, и вы решили пройти трансплантацию в этом отдалённом месте, мы организуем или оплатим соответствующие расходы на проживание и транспорт для вас и сопровождающего лица. Расходы на поездки зависят от предварительного разрешения и соответствия получателя требованиям. Общая максимальная сумма возмещения расходов на трансплантацию составляет \$5,000. Расходы на питание и проживание не превышают \$150 в день и учитываются при расчёте максимальной суммы в \$5,000.

- Кровь — включая хранение и применение. Покрытие донорской крови и эритроцитов начинается только с четвёртой пинты крови, которая вам необходима — вы должны либо оплатить расходы на первые 3 пинты крови, которые вы получите в течение календарного года, либо сдать кровь сами, или кто-то другой должен будет это сделать. Все остальные компоненты крови покрываются, начиная с первой использованной пинты.
- Услуги врача

Примечание: чтобы вы считались помещёнными в стационар, ваш врач должен написать распоряжение о вашем официальном приёме в больницу. Даже если вы останетесь в больнице на ночь, вы всё равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом, обратитесь к персоналу больницы.

Обратите внимание: Если вы получаете на дом принадлежности или любые предметы, не имеющие отношения к заболеванию, которое вы лечите, на вас может быть возложена ответственность за их стоимость.

Льготный период начинается с того дня, когда вы попали в больницу или учреждение квалифицированного сестринского ухода. Льготный период заканчивается, если вы не получали стационарного лечения в больнице (или квалифицированного ухода в SNF) в течение 60 дней подряд.

Если вы попали в больницу или учреждение квалифицированного сестринского ухода после окончания одного льготного периода, начинается новый льготный период. Количество льготных периодов не ограничено.

Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|--|
| <p>Стационарное лечение в больнице* (продолжение)</p> <p>Вы также можете найти дополнительную информацию в информационном бюллетене Medicare под названием “<i>Вы стационарный или амбулаторный пациент больницы?</i>” (<i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?</i>) Если у вас есть Medicare – спрашивайте! Этот информационный бюллетень можно найти в Интернете по адресу https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf или позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Вы можете бесплатно звонить по этим номерам телефона 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.</p> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.</p> | <p>Льготы за стационарное лечение зависят от даты поступления.</p> <p>Если вы получите разрешение на стационарное лечение в несетевой больнице после стабилизации вашего экстренного состояния, ваши расходы будут равны расходам, которые вы бы заплатили в сетевой больнице.</p> |
| <p>Стационарные услуги в психиатрической больнице*</p> <p>Покрываемые услуги включают услуги в области психического здоровья, требующие пребывания в больнице.</p> <p>Вы получаете до 190 дней стационарного лечения в психиатрической больнице, покрываемого Medicare, в течение всей жизни. Пожалуйста, имейте в виду, что количество оплачиваемых дней госпитализации в течение всей жизни никогда не обнуляется. Например, если ранее Medicare оплачивала ваше пребывание в стационарной психиатрической больнице в течение 100 дней, то ваш план будет оплачивать только 90 дней будущего пребывания. Ограничение в 190 дней не распространяется на стационарные психиатрические услуги, предоставляемые в психиатрическом отделении больницы общего профиля.</p> <p>За исключением экстренных случаев, ваш врач должен сообщить нам, что вас собираются положить в больницу.</p> <p>Услуги в области психического здоровья предоставляются компанией Providence Health Assurance. Для получения разрешения необходимо связаться с Providence Health Assurance.</p> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.</p> | <p>Это суммы распределения расходов на 2024 год, и они могут измениться на 2025 год. План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) предоставит обновлённые тарифы, как только они будут выпущены. В 2024 году суммы за каждый льготный период составили \$0 или:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$0 или \$1,632 франшизы;• В течение дней 1-60 сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.• \$0 или \$408 совместного платежа за дни 61-90• \$0 или \$816 совместного платежа за каждый “пожизненный резервный день” после 90-го дня (до 60 дней в течение всей жизни);• Вы оплачиваете все расходы после использования пожизненных резервных дней |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|---|---|
| Стационарные услуги в психиатрической больнице* (продолжение) | <p>Льготный период начинается со дня вашего поступления в больницу и заканчивается, когда вы не получаете стационарного лечения в больнице в течение 60 дней подряд. Если вы попадете в больницу после окончания одного льготного периода, начнется новый. Все пребывания в стационарных психиатрических клиниках, независимо от заболевания, будут включены в льготный период.</p> <p>Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).</p> |

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Пребывание в стационаре: Покрываемые услуги, полученные в больнице или SNF во время пребывания в стационаре без покрытия*

Если вы исчерпали свои льготы на стационарное лечение, или если пребывание в стационаре не является разумным и необходимым, мы не будем покрывать ваше пребывание в стационаре. Однако, в некоторых случаях мы будем покрывать определённые услуги, которые вы получаете, находясь в больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF). Покрываемые услуги включают следующее, но не ограничиваются им:

- Услуги врача
- Диагностические исследования (например, лабораторные анализы)
- Рентгеновская, радиевая и изотопная терапия, включая технические материалы и услуги
- Хирургические перевязочные материалы
- Шины, гипсы и другие приспособления, используемые для вправления переломов и вывихов
- Протезы и ортопедические приспособления (кроме стоматологических), полностью или частично заменяющие внутренний орган тела (включая прилегающие ткани) или полностью или частично заменяющие функции постоянно неработающего или неправильно функционирующего внутреннего органа тела, включая замену или ремонт таких приспособлений
- Фиксаторы для ног, рук, спины и шеи; бандажи, а также искусственные ноги, руки и глаза, включая регулировку, ремонт и замену, необходимые из-за поломки, износа, потери или изменения физического состояния пациента
- Физиотерапия, логопедия и трудотерапия

*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.

Услуги и принадлежности, перечисленные слева, будут по-прежнему покрываться в соответствии с распределением расходов, описанным в соответствующих разделах данной таблицы медицинских льгот. Например, физиотерапия будет покрываться с учётом суммы распределения расходов в разделе “Амбулаторные реабилитационные услуги”.

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Программа доставки еды (только после выписки)

Мы покрываем до 56 блюд в течение 28 дней. Этой льготой можно воспользоваться сразу после выписки из стационарной больницы, стационарной психиатрической больницы или SNF (если предшествующее событие является квалифицированным пребыванием в стационаре). Все блюда будут доставляться прямо к вам домой, и вы можете иметь право на получение питания, которое поможет вам справиться с конкретными заболеваниями или травмами или восстановиться после них.

Руководство по льготам:

- Доставка первого блюда может занять до трех рабочих дней после заказа
- Пребывание под наблюдением не даёт права на эту льготу на питание
- Блюда должны быть заказаны через нашего поставщика доставки еды, компанию Mom's Meals
- Могут действовать некоторые ограничения и запреты

Общую информацию о программе можно найти на сайте www.ProvidenceHealthAssurance.com/momsmeals. Для получения этой льготы не требуется никаких действий с вашей стороны, поскольку компания Mom's Meals свяжется с участниками, имеющими на неё право, напрямую. Если вы отказались от этой льготы, но позже передумали, позвоните в службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340. ПользователямTTY следует звонить по номеру 711.

Для программы доставки еды, не покрываемой Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. Покрытие ограничивается двумя приёмами пищи в день в течение 28 дней (всего 56 приёмов пищи) после каждой госпитализации в стационар.

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг



Медицинская диетология

Эта льгота предназначена для людей с диабетом, болезнью почек (но не на диализе) или после пересадки почки по предписанию вашего врача.

Мы покрываем 3 часа индивидуальных консультаций в течение первого года, когда вы пользуетесь услугами медицинской диетологии по Medicare (это включает наш план, любой другой план Medicare Advantage или Original Medicare), и 2 часа каждый год после этого. Если ваше состояние, лечение или диагноз изменились, вы можете получить больше часов лечения по предписанию врача. Врач должен выписать рецепт на эти услуги и ежегодно продлевать предписание, если ваше лечение необходимо продолжить в течение следующего календарного года.

Мы покрываем медицинскую диетотерапию, назначенную врачом, независимо от вашего состояния или диагноза.

Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.

Для участников, имеющих право на использование услуг медицинской диетологии, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для услуг медицинской диетотерапии, не покрываемых программой Medicare, которые назначаются врачом, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.



Программа профилактики диабета Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)

Услуги MDPP будут покрываться имеющим на это право бенефициарам Medicare по всем медицинским планам Medicare.

MDPP — это структурированное вмешательство по изменению поведения в сфере здоровья, которое обеспечивает практическое обучение долгосрочному изменению рациона питания, увеличению физической активности и стратегиям решения проблем для преодоления трудностей, связанных с поддержанием снижения веса и здорового образа жизни.

Для льгот MDPP не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Рецептурные лекарства Части В Medicare*

Эти лекарства покрываются в рамках Части В Original Medicare. Участники нашего плана получают покрытие этих лекарств через наш план. К покрываемым лекарствам относятся:

- Лекарства, которые обычно не принимаются пациентом самостоятельно, а вводятся или применяются внутрь в процессе оказания медицинских, амбулаторных или хирургических услуг
- Инсулин, вводимый с помощью предметов медицинского оборудования длительного пользования (например, необходимой с медицинской точки зрения инсулиновой помпы)
- Другие лекарства, которые вы принимаете с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, небулайзеров), утверждённого планом
- Лекарство от болезни Альцгеймера, Leqembi®, (название дженерика — lecanemab), которое вводится внутривенно. Помимо расходов на лекарства, вам могут потребоваться дополнительные снимки и анализы до и/или во время лечения, которые могут увеличить общие расходы. Поговорите с врачом о том, какие снимки и анализы вам могут понадобиться в рамках лечения
- Факторы свёртывания крови, которые вы вводите себе сами с помощью инъекций, если у вас гемофилия
- Трансплантация/Иммуносупрессивные лекарства: Medicare покрывает лекарственную терапию при трансплантации, если Medicare оплатила трансплантацию вашего органа. Вы должны иметь Часть А на момент трансплантации, а также Часть В на момент получения иммуносупрессивных лекарств. Medicare покрывает лекарственную терапию при трансплантации, если Medicare оплатила трансплантацию вашего органа. Помните, что покрытие лекарств Medicare (Часть D) покрывает иммуносупрессивные лекарства, если Часть В их не покрывает

Для лекарств для химиотерапии и лучевой терапии Части В, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

За обслуживание рецептурных лекарств, покрываемых Частью В Medicare, может применяться отдельное распределение расходов.

Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).

На рецептурные лекарства части В Medicare может распространяться ступенчатая терапия.

Распределение расходов на инсулин покрываются в размере \$35 за месячный запас инсулина.

Услуги, которые покрываются для вас

**Что вы должны заплатить
при получении этих услуг**

**Рецептурные лекарства Части В Medicare*
(продолжение)**

- Инъекционные лекарства для лечения остеопороза, если вы ограничены в передвижении по дому, если у вас был перелом кости, который, по заключению врача, был связан с постменопаузальным остеопорозом, и если вы не можете самостоятельно принимать лекарство
- Некоторые антигены: Medicare покрывает антигены, если врач их подготавливает, а правильно проинструктированный человек (которым можете быть вы, пациент) вводит их под соответствующим наблюдением
- Некоторые пероральные противораковые лекарства: Medicare покрывает некоторые пероральные противораковые лекарства, которые вы принимаете через рот, если то же лекарство доступно в инъекционной форме или является пролекарством (пероральная форма лекарства, которая при приёме внутрь распадается на тот же активный ингредиент, который содержится в инъекционном лекарстве) инъекционного лекарства. По мере появления новых лекарств от рака полости рта Часть В может их покрывать. Если Часть В их не покрывает, то Часть D покрывает
- Пероральные лекарства против тошноты: Medicare покрывает пероральные лекарства против тошноты, которые вы используете как часть противораковой химиотерапии, если они принимаются до, во время или в течение 48 часов после химиотерапии или используются в качестве полной терапевтической замены внутривенного лекарства против тошноты
- Некоторые пероральные лекарства для лечения болезни почек последней стадии (ESRD), если то же лекарство доступно в инъекционной форме и его покрывает льгота по ESRD в рамках Части В
- Кальцимитетические препараты в рамках системы оплаты ESRD, включая внутривенный препарат Parsabiv® и пероральный препарат Sensipar®
- Некоторые препараты для домашнего диализа, включая гепарин, антидот для гепарина, когда это необходимо по медицинским показаниям, и местные анестетики

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

**Рецептурные лекарства Части В Medicare*
(продолжение)**

- Средства, стимулирующие эритропоэз: Medicare покрывает эритропоэтин в инъекциях, если у вас болезнь почек последней стадии (ESRD) или вам нужно это лекарство для лечения анемии, связанной с некоторыми другими заболеваниями (например, Erogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, или Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta)
- Внутривенный иммуноглобулин для лечения первичных иммунодефицитных заболеваний в домашних условиях
- Парентеральное и энтеральное питание (внутривенное и зондовое питание)

По следующей ссылке вы найдёте список лекарств Части В, на которые может распространяться ступенчатая терапия:
www.ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary

Мы также покрываем некоторые вакцины в рамках части В и большинство вакцин для взрослых в рамках льготы на рецептурные лекарства части D.

В главе 5 рассказывается о льготах на рецептурные лекарства в рамках Части D, включая правила, которые вы должны соблюдать, чтобы получать покрытие на рецептурные лекарства. О том, сколько вы платите за рецептурные лекарства Части D по нашему плану, рассказывается в главе 6.

*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|--|
| <p>Услуги немедицинской транспортировки</p> <p>Немедицинские перевозки — это перевозки, не связанные с приёмом у врача, например, поездки в перечисленные ниже места и обратно:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Фитнес-центры (тренажёрные залы) и связанные с ними социальные оздоровительные мероприятия, такие как зоны отдыха, общественные центры, парки и торговые центры для прогулок по торговым центрам.○ Аптеки○ Продуктовые магазины○ Продовольственные банки○ Центры для пожилых людей○ Церкви○ Банки и финансовые учреждения○ Парикмахеры и салоны красоты○ Посещение семьи <p>Вам покрывается до 36 поездок в одну сторону на немедицинском транспорте. Хотите запланировать поездку на предстоящее мероприятие? См. главу 2, раздел 1, контактная информация администратора льгот.</p> | <p>Для 36 поездок в одну сторону (не более 25 миль в каждую сторону) в течение календарного года сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> |
| <p>Горячая линия с медсёстрами</p> <p>Столкнулись с потенциально неотложной медицинской ситуацией? Служба ProvRN доступна 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Зарегистрированные медсестры помогут вам определить ваши дальнейшие действия — от приёма обезболивающего до посещения пункта неотложной помощи. Если вы звоните по поводу себя или своего ребёнка, наши медсестры помогут вам. Для того чтобы воспользоваться помощью, просто позвоните по телефону 503 574 6520 или 1 800 700 0481.</p> | <p>Для горячей линии с медсёстрами не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.</p> |

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг



Диагностика ожирения и терапия, способствующая устойчивому снижению веса

Если ваш индекс массы тела составляет 30 и более, мы проводим интенсивное консультирование, чтобы помочь вам сбросить вес. Эта консультация покрывается, если вы получаете её в первичном медицинском учреждении, где она может быть скоординирована с вашим комплексным планом профилактики. Чтобы узнать больше, обратитесь к своему лечащему врачу или практикующему специалисту.

Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.

Для профилактического обследования и лечения ожирения не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.

Услуги программы лечения опиоидной зависимости*

Участники нашего плана с расстройством употребления опиоидов (opioid use disorder, OUD) могут получить покрытие услуг по лечению OUD в рамках программы лечения от опиоидной зависимости (Opioid Treatment Program, OTP), которая включает следующие услуги:

- Препараты, одобренные Управлением по контролю за продуктами и лекарствами США (U.S. Food and Drug Administration, FDA), содержащие агонисты и антагонисты опиоидов для заместительной поддерживающей терапии (medication-assisted treatment, MAT).
- Дозирование и приём лекарств MAT (при необходимости)
- Консультирование по вопросам употребления психоактивных веществ
- Индивидуальная и групповая терапия
- Токсикологическое исследование
- Действия по приёму
- Периодические обследования

Обратите внимание: При предоставлении дополнительных услуг может применяться отдельное распределение расходов.

*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.

Для услуг опиоидной терапии у поставщика, включённого в программу Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. Для услуг программы лечения опиоидной зависимости, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|--|
| Амбулаторные диагностические исследования, терапевтические услуги и расходные материалы* | |
| Покрываемые услуги включают следующее, но не ограничиваются им: | |
| • Рентгеновские снимки | Для рентгеновских снимков, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |
| • Лучевая (радиевая и изотопная) терапия, включая технические материалы и принадлежности | Для услуг и расходных материалов по терапевтической радиологии, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |
| • Специальные процедуры визуализации, такие как МРТ, КТ и ПЭТ-сканирование. Все специальные процедуры визуализации должны быть согласованы с вашим поставщиком услуг через администратора льгот по визуализации. Контактную информацию см. в главе 2, разделе 1. | Для каждой специальной процедуры визуализации и специального диагностического теста, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |
| • Специальные диагностические исследования, такие как УЗИ и холтеровское мониторирование | |
| • Хирургические принадлежности, например перевязочные материалы | Для хирургических расходных материалов и гипсов, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|--|
| Амбулаторные диагностические исследования, терапевтические услуги и расходные материалы* (продолжение) | |
| <ul style="list-style-type: none">• Шины, гипсы и другие приспособления, используемые для вправления переломов и вывихов | Для повязок и принадлежностей, шин, гипсов и других приспособлений, используемых для вправления переломов и вывихов, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. Они должны предоставляться Providence Home Services или другим сетевым поставщиком. |
| <ul style="list-style-type: none">• Лабораторные анализы | Для лабораторных услуг, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |
| <ul style="list-style-type: none">• Кровь — включая хранение и применение. Покрытие донорской крови и эритроцитов начинается только с четвёртой пинты крови, которая вам необходима — вы должны либо оплатить расходы на первые 3 пинты крови, которые вы получите в течение календарного года, либо сдать кровь сами или кто-то другой должен будет это сделать. Все остальные компоненты крови покрываются, начиная с первой использованной пинты. | Для услуг, связанных с кровью, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. Распределение расходов основано на льготах Original Medicare и зависит от процесса и обработки крови. |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|---|--|
| Амбулаторные диагностические исследования, терапевтические услуги и расходные материалы* (продолжение) | |
| <ul style="list-style-type: none">• Другие амбулаторные диагностические тесты и процедуры | |
| *Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы. | |
| | Для диагностических тестов и процедур, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |
| | Если вы получаете услуги в дополнение к покрываемым Medicare лабораторным исследованиям, анализу крови или другим диагностическим тестам/процедурам, может применяться отдельное распределение расходов на эти услуги. |
| | Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid). |

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Амбулаторное стационарное наблюдение*

Услуги по наблюдению — это амбулаторные услуги, предоставляемые в больнице для определения необходимости госпитализации в стационарное отделение или возможности выписки.

Чтобы услуги амбулаторного наблюдения в больнице были покрыты, они должны соответствовать критериям Medicare и считаться разумными и необходимыми. Услуги по наблюдению покрываются только в том случае, если они предоставляются по направлению врача или другого лица, уполномоченного законом штата о лицензировании и правилами работы персонала больницы на приём пациентов в больницу или назначение амбулаторных анализов.

Примечание: кроме случаев, когда поставщик услуг выписал направление на госпитализацию в качестве стационарного пациента, вы являетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете свою долю по распределению расходов на амбулаторные больничные услуги. Даже если вы останетесь в больнице на ночь, вы всё равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, что относитесь к амбулаторным пациентам, спросите об этом у персонала больницы.

Вы также можете найти дополнительную информацию в информационном бюллетене Medicare под названием “*Вы стационарный или амбулаторный пациент больницы?*” (*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?*) Если у вас есть Medicare – спрашивайте! Этот информационный бюллетень можно найти в Интернете по адресу <https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> или позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Вы можете бесплатно звонить по этим номерам телефона 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.

*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.

Для услуг по наблюдению, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Амбулаторные стационарные услуги* (продолжение)

- Психиатрическое лечение, включая лечение в рамках программы частичной госпитализации, если врач утверждает, что без него потребуется стационарное лечение
- Рентгеновские снимки и другие радиологические услуги, за которые больница выставила счёт
- Медицинские принадлежности, такие как шины и гипсовые повязки
- Некоторые лекарства и биологические препараты, которые вы не можете принимать самостоятельно

Примечание: кроме случаев, когда поставщик услуг выписал направление на госпитализацию в качестве стационарного пациента, вы являетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете свою долю по распределению расходов на амбулаторные больничные услуги. Даже если вы останетесь в больнице на ночь, вы всё равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, что относитесь к амбулаторным пациентам, спросите об этом у персонала больницы.

Вы также можете найти дополнительную информацию в информационном бюллетене Medicare под названием “*Вы стационарный или амбулаторный пациент больницы?*” (*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?*) Если у вас есть Medicare – спрашивайте! Этот информационный бюллетень можно найти в Интернете по адресу <https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> или позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Вы можете бесплатно звонить по этим номерам телефона 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.

*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.

Для услуг программы частичной госпитализации, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для рентгеновских снимков и радиологических услуг, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для каждой специальной процедуры визуализации и специального диагностического теста, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для лекарств для химиотерапии и лучевой терапии Части В, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|---|
| <p>Амбулаторная психиатрическая помощь*</p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <p>Услуги по охране психического здоровья, предоставляемые психиатром или врачом, имеющим лицензию штата, клиническим психологом, клиническим социальным работником, клиническим медбратом, лицензированным профессиональным консультантом (licensed professional counselor, LPC), лицензированным терапевтом по вопросам брака и семьи (licensed marriage and family therapist, LMFT), практикующей медсестрой (NP), помощником врача (PA) или другим специалистом по охране психического здоровья, соответствующим критериям Medicare, если это разрешено действующим законодательством штата.</p> <p>Услуги в области психического здоровья предоставляются компанией Providence Health Assurance. Для получения разрешения необходимо связаться с Providence Health Assurance.</p> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.</p> | <p>Для каждого посещения терапевта в индивидуальной или групповой обстановке, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для услуг программы частичной госпитализации, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).</p> |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|---|--|
| <p>Амбулаторные реабилитационные услуги*</p> <p>Покрываемые услуги включают физиотерапию, трудотерапию и логопедическую терапию.</p> <p>Амбулаторные реабилитационные услуги предоставляются в различных амбулаторных учреждениях, таких как амбулаторные отделения больниц, кабинеты независимых терапевтов и учреждения комплексной амбулаторной реабилитации (CORF).</p> <p>*Предварительное разрешение на оказание первичных реабилитационных услуг не требуется; однако последующие посещения могут потребовать разрешения.</p> | <p>Для каждого посещения трудовой терапии, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для каждого посещения физиотерапевта и логопеда, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).</p> |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|--|
| Амбулаторные услуги при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ* | Для услуг программы частичной госпитализации, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |
| <p>Покрываемые уровни лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, включают:</p> | Для каждого посещения интенсивной амбулаторной терапии, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |
| <ul style="list-style-type: none">• Частичная госпитализация/дневное лечение• Интенсивное амбулаторное лечение• Амбулаторное лечение | Для каждого посещения индивидуальной или групповой терапии, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |
| <p>Покрываемые услуги включают:</p> | Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid). |
| <ul style="list-style-type: none">• Диагностическая оценка, обследование и планирование лечения• Лечение и/или процедуры• Приём лекарств и другие сопутствующие процедуры• Индивидуальная, семейная и групповая терапия• Услуги по ведению случаев, предоставляемые поставщиками• Кризисное вмешательство | |
| Обратите внимание: Все услуги по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, должны предоставляться амбулаторно в больнице, альтернативном учреждении или офисе поставщика. Кроме того, эти услуги должны предоставляться квалифицированным специалистом в области поведенческого здоровья или под его руководством. | |
| Услуги в области психического здоровья предоставляются компанией Providence Health Assurance. Для получения разрешения необходимо связаться с Providence Health Assurance. | |
| *Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы. | |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|---|---|
| <p>Амбулаторная хирургия, включая услуги, предоставляемые в больничных амбулаторных учреждениях и амбулаторных хирургических центрах*</p> | |
| <p>Примечание: если вам предстоит операция в больничном учреждении, уточните у своего врача, будете ли вы лечиться в стационаре или амбулаторно. Кроме тех случаев, когда врач выписывает направление на госпитализацию в качестве стационарного пациента, вы являетесь амбулаторным пациентом и оплачиваете свою долю по распределению расходов на амбулаторную операцию. Даже если вы останетесь в больнице на ночь, вы всё равно можете считаться амбулаторным пациентом.</p> | <p>Для каждого посещения амбулаторного хирургического центра, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> |
| <p>Обратите внимание: Для оплаты услуг специалистов может применяться отдельное распределение расходов.</p> | <p>Для каждой амбулаторной операции в больнице, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> |
| <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.</p> | <p>Для услуг по наблюдению, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> |
| | <p>Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).</p> |

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Безрецептурные (ОТС) товары

Мы выдаём вам предварительно пополненную дебетовую карту с пособием в размере \$150 каждые три месяца для оплаты продуктов питания и безрецептурных (over-the-counter, ОТС) товаров для здоровья и хорошего самочувствия. Ваша льгота накапливается каждые три месяца и истекает после 11:59 p.m. 31 декабря каждого года.

Соответствующие требованиям безрецептурные медицинские товары можно купить в участвующих в программе розничных аптеках в вашем регионе. Или же, для бесконтактного способа, вы можете сделать заказ из каталога по телефону, через Интернет или по почте. Обратите внимание, что товары из каталога доступны только для доставки на дом. Также не разрешается покупать товары через других поставщиков или каналы, кроме описанных выше.

Для получения помощи или списка одобренных товаров и розничных аптек посетите [веб-сайт, указанный в главе 2, разделе 1 контактной информации администратора льгот.](#)

По всем остальным вопросам и проблемам звоните в Providence Health Assurance по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711.

Для безрецептурных лекарств сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Пособие в размере \$150 каждые три месяца (розничная карточка, каталог, онлайн, почта и телефонный безрецептурный заказ). Вы также можете использовать свою карту для покупки подходящих товаров для здорового питания, таких как продукты, молочные продукты, мясо и многое другое.

Неизрасходованные доллары будут переноситься из квартала в квартал, а затем истекут в конце 2025 календарного года.

Безрецептурные товары можно купить только в нашем каталоге или у проверенных продавцов. Чтобы получить копию каталога, обратитесь к администратору программы Providence или в службу поддержки клиентов. Информация находится в главе 2, разделе 1 контактной информации администратора льгот.

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Услуги частичной госпитализации и интенсивные амбулаторные услуги*

Частичная госпитализация — это структурированная программа активного психиатрического лечения, предоставляемая в качестве амбулаторной услуги в больнице или общественном центре психического здоровья, которая является более интенсивной, чем лечение, получаемое в кабинете врача, терапевта, лицензированного брачного и семейного терапевта (licensed marriage, and family therapist, LMFT) или лицензированного профессионального консультанта, и является альтернативой стационарной госпитализации.

Интенсивная амбулаторная услуга — это структурированная программа активной поведенческой (психической) терапии, предоставляемая в амбулаторном отделении больницы, общественном центре психического здоровья, медицинском центре федеральной квалификации или сельской поликлинике, которая является более интенсивной, чем помощь, получаемая в кабинете вашего врача, терапевта, лицензированного брачного и семейного терапевта (LMFT) или лицензированного профессионального консультанта, но менее интенсивной, чем частичная госпитализация.

Услуги в области психического здоровья предоставляются компанией Providence Health Assurance. Для получения разрешения необходимо связаться с Providence Health Assurance.

*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.

Для услуг частичной госпитализации, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|---|
| <p>Персональная система реагирования на чрезвычайные ситуации (PERS)</p> <p>Персональная система реагирования на чрезвычайные ситуации (Personal Emergency Response System, PERS) обеспечивает вам круглосуточный доступ к помощи в случае чрезвычайной ситуации. Просто нажмите кнопку на своём устройстве, чтобы поговорить с квалифицированным оператором, который скоординирует отправку экстренной службы в ваше местоположение.</p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none">• Доставка и реализация мобильного устройства и базового блока• Технология GPS для определения вашего местоположения в чрезвычайных ситуациях• Технология автоматического обнаружения падения <p>Обратите внимание: Удалённое видеонаблюдение не покрывается.</p> <p>Для обращения в службу поддержки или регистрации см. контактную информацию в разделе 1 главы 2.</p> | <p>Для услуг PERS сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> |
| <p>Услуги врача/практика, включая посещение кабинета врача</p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none">• Необходимое с медицинской точки зрения медицинское обслуживание или хирургические услуги, предоставляемые в кабинете врача, сертифицированном амбулаторном хирургическом центре, амбулаторном отделении больницы или в любом другом месте• Консультация, диагностика и лечение у специалиста | <p>Для посещения поставщика первичной медицинской помощи, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для каждого посещения врача-специалиста, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|--|
| Услуги врача/практика, включая посещение кабинета врача (продолжение) | |
| <ul style="list-style-type: none">• Базовые обследования слуха и равновесия, проводимые вашим РСР или специалистом, если ваш врач назначит их, чтобы определить, нужна ли вам помощь • Определённые услуги телемедицины, в том числе: первичная и специализированная помощь, психиатрическая помощь, лечение опиоидных и наркологических расстройств, контролируемые физические упражнения, трудовая и физическая терапия, услуги логопеда, обучение болезням почек, самоконтроль диабета, а также консультации и последующие визиты после пребывания в больнице, операции или посещения отделения экстренной помощи.<ul style="list-style-type: none">○ Вы можете воспользоваться этими услугами при личном посещении или с помощью телемедицины. Если вы решили воспользоваться одной из этих услуг с помощью телемедицины, вы должны обратиться к поставщику сети, который предоставляет эту услугу посредством телемедицины.○ Услуги будут предоставляться посредством интерактивной аудио- и видеосвязи, если поставщик сети, предоставляющий услугу, сочтёт это целесообразным с клинической точки зрения. • Некоторые услуги телемедицины, включая консультации, диагностику и лечение, проводимые врачом или практикующим специалистом, для пациентов в определённых сельских районах или других местах, одобренных Medicare • Услуги телемедицины для ежемесячных посещений, связанных с болезнью почек на последней стадии, для участников программы домашнего диализа в больничном центре почечного диализа или в больнице критического доступа, в учреждении почечного диализа или на дому у участника программы | <p>Информация о распределении расходов на обследование слуха и баланса приведена в разделе “Слуховые услуги” данной таблицы медицинских льгот.</p> <p>Для каждой дополнительной услуги телемедицины, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).</p> |

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Услуги врача/практика, включая посещение кабинета врача (продолжение)

- Услуги телемедицины для диагностики, оценки или лечения симптомов инсульта, независимо от вашего местонахождения
- Услуги телемедицины для участников с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ или сопутствующими психическими расстройствами, независимо от их местонахождения
- Услуги телемедицины для диагностики, оценки и лечения психических расстройств, если:
 - Вы посещали врача лично в течение 6 месяцев до первого посещения по каналам телемедицины
 - Во время использования услуг телемедицины вы лично посещаете врача каждые 12 месяцев
- При определённых обстоятельствах могут быть сделаны исключения
- Услуги телемедицины для посещения специалистов по психическому здоровью, предоставляемые сельскими медицинскими клиниками и федеральными центрами здравоохранения
- Виртуальные встречи (например, по телефону или видеочату) с врачом в течение 5-10 минут **если**:
 - Вы не новый пациент **и**
 - Встреча не связана с посещением кабинета за последние 7 дней **и**
- Встреча не привела к посещению кабинета в течение 24 часов или к назначению ближайшего доступного времени посещения
- Оценка состояния видео и/или изображений, которые вы отправляете врачу, а также интерпретация и последующее наблюдение у врача в течение 24 часов, **если**:
 - Вы не новый пациент **и**
 - Оценка состояния не привела к посещению кабинета в течение 24 часов или к назначению ближайшего доступного времени посещения
- Консультации вашего врача с другими врачами по телефону, по интернету или посредством электронной медицинской карты
- Второе мнение другого поставщика услуг сети до операции

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|---|--|
| Услуги врача/практика, включая посещение кабинета врача (продолжение) | |
| <ul style="list-style-type: none">• Внеплановое стоматологическое обслуживание (покрываются только хирургические операции на челюсти или связанных с ней тканях, вправление переломов челюсти или лицевых костей, удаление зубов для подготовки челюсти к лучевой терапии неопластических раковых заболеваний, или услуги, которые покрываются при предоставлении врачом)• Технология удалённого доступа, не покрываемая Medicare: Мы предоставляем доступ к поставщикам, входящим в сеть, через<ul style="list-style-type: none">○ Телефонные консультации для получения услуг по приёму лекарств и контролю заболеваний, например, когда вы звоните по телефону ProvRN○ Электронные письма в приложении, например, когда вы отправляете сообщение своей медицинской команде в MyChart○ Специальная веб-платформа для записи на приём к врачу в тот же день, например, когда вы заходите на сайт Providence ExpressCare Virtual с планшета, смартфона или компьютера• Эта льгота покрывает только стоимость услуг поставщика, а не любые применимые сборы клиники или учреждения. В зависимости от предоставляемых услуг могут применяться различные суммы распределения расходов. | <p>На услуги технологии удалённого доступа, не покрываемые Medicare, не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.</p> |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|--|
| Подологические услуги | |
| Покрываемые услуги включают: | |
| <ul style="list-style-type: none">• Диагностика и медикаментозное или хирургическое лечение травм и заболеваний стоп (например, молоткообразного пальца или пяточной шпоры)• Регулярный уход за ногами для участников с определёнными заболеваниями, влияющими на нижние конечности | Для каждого посещения врача-ортопеда, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |
| Обратите внимание: Отдельное распределение расходов может применяться, если предоставляются дополнительные услуги и/или если покрываемые услуги подиатрии предоставляются в больничном амбулаторном учреждении или амбулаторном хирургическом центре. | Пожалуйста, обратитесь к разделу “Амбулаторная хирургия, включая услуги, предоставляемые в больничных амбулаторных учреждениях и амбулаторных хирургических центрах” для услуг, предоставляемых в амбулаторных условиях. |
| | Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid). |

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг



Скрининговые обследования на рак простаты

Для мужчин в возрасте 50 лет и старше покрываются следующие услуги – один раз в 12 месяцев:

- Цифровое ректальное исследование
- Тест на определение специфического антигена простаты (Prostate Specific Antigen, PSA)

Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.

За ежегодный PSA тест не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.

Для цифрового ректального исследования, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Протезы и ортопедические приспособления и сопутствующие товары

Устройства (кроме стоматологических), которые полностью или частично заменяют часть тела или функцию. К ним относятся, но не ограничиваются: тестирование, примерка или обучение использованию протезов и ортопедических приспособлений; а также: колостомические мешки и принадлежности, непосредственно связанные с уходом за колостомой, кардиостимуляторы, брекететы, ортопедическая обувь, протезы конечностей и протезы груди (включая хирургический бюстгальтер после мастэктомии). Сюда входят определённые принадлежности, связанные с протезами и ортопедическими изделиями, а также ремонт и/или замена протезов и ортопедических изделий. Помимо этого покрываются некоторые расходы после удаления катаракты или операции по удалению катаракты — подробнее см. в разделе “Уход за зрением” далее в этом разделе.

Все протезы и сопутствующие принадлежности должны быть предоставлены компанией Providence Home Services или другим сетевым поставщиком.

*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.

Для протезов и сопутствующих принадлежностей, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для домашних повязок и принадлежностей, шин и других приспособлений, используемых для вправления переломов и вывихов, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|--|
| <p>Услуги лёгочной реабилитации</p> <p>Комплексные программы лёгочной реабилитации покрываются для участников, страдающих хронической обструктивной болезнью лёгких (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) средней и очень тяжёлой степени и имеющих предписание на лёгочную реабилитацию от врача, лечащего хроническое респираторное заболевание.</p> <p>Количество сеансов лёгочной реабилитации ограничено 36 сеансами в течение 36 недель. Если это необходимо по медицинским показаниям, вы можете получить до 36 дополнительных сеансов.</p> | <p>Для каждого посещения лёгочной реабилитации, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).</p> |
| <p>Технология удалённого доступа</p> <p>Мы предоставляем доступ к поставщикам, входящим в сеть, через</p> <ul style="list-style-type: none">• Телефонные консультации для получения услуг по приёму лекарств и контролю заболеваний, например, когда вы звоните по телефону ProvRN• Электронные письма в приложении, например, когда вы отправляете сообщение своей медицинской команде в MyChart• Специальная веб-платформа для записи на приём к врачу в тот же день, например, когда вы заходите на сайт Providence ExpressCare Virtual с планшета, смартфона или компьютера | <p>На услуги технологии удалённого доступа, не покрываемые Medicare, не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.</p> |

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг



Скрининг и консультирование для снижения злоупотребления алкоголем

Мы покрываем один скрининг на злоупотребление алкоголем для взрослых пациентов с Medicare (включая беременных женщин), которые злоупотребляют алкоголем, но не являются алкоголезависимыми.

Если у вас положительный результат на злоупотребление алкоголем, вы можете получить до 4 коротких очных консультаций в год (если будете в адекватном состоянии во время консультации), проводимых квалифицированным врачом или практикующим специалистом в рамках первичного медицинского обслуживания.

Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.

Для каждого профилактического обследования и консультирования с целью снижения злоупотребления алкоголем, покрываемого Medicare, не предусмотрено сострахование, совместный платёж или франшиза.

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

 **Скрининг рака лёгких с помощью низкодозовой компьютерной томографии (LDCT)***

Для квалифицированных лиц низкодозовая компьютерная томография (low dose computed tomography, LDCT) покрывается каждые 12 месяцев.

Право на участие в программе имеют: люди в возрасте 50-77 лет, не имеющие признаков или симптомов рака лёгких, но имеющие стаж курения табака не менее 20 пачек в год, курящие в настоящее время или бросившие курить в течение последних 15 лет, получившие предписание на проведение LDCT во время консультаций по скринингу рака лёгких и совместного принятия решений, которые соответствуют критериям Medicare для таких посещений и предоставляются врачом или квалифицированным специалистом, не являющимся врачом.

Для проведения скрининга на предмет выявления рака лёгких с помощью LDCT после первоначального скрининга LDCT участник должен получить направление на скрининг рака лёгких с помощью LDCT, которое может быть предоставлено во время любого соответствующего посещения врача или квалифицированного специалиста, не являющегося врачом. Если врач или квалифицированный специалист, не являющийся врачом, решает провести консультацию по скринингу рака лёгких и совместному принятию решений для последующих скринингов рака лёгких с помощью LDCT, то это посещение должно соответствовать критериям Medicare для таких посещений.

Проведение LDCT должно быть согласовано с вашим поставщиком услуг через администратора льгот по визуализации. Контактную информацию см. в главе 2, разделе 1.

*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.

Для консультаций и совместного принятия решений, покрываемых Medicare, а также для LDCT не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг



Обследование на инфекции, передающиеся половым путём (ИППП), и консультирование по профилактике ИППП

Мы покрываем анализы на инфекции, передающиеся половым путём (ИППП), на хламидиоз, гонорею, сифилис и гепатит В. Эти анализы покрываются для беременных женщин и некоторых людей, подверженных повышенному риску заражения ИППП, если анализы назначает поставщик первичной медицинской помощи. Мы покрываем эти анализы раз в 12 месяцев или в определённые периоды беременности.

Мы также покрываем до двух индивидуальных 20-30-минутных очных сеансов высокоинтенсивного поведенческого консультирования в год для сексуально активных взрослых, подверженных повышенному риску заражения ИППП. Мы покрываем эти консультации в качестве профилактической услуги только в том случае, если они предоставляются поставщиком первичной медицинской помощи и проводятся в условиях оказания первичной медицинской помощи, например в кабинете врача.

Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.

Для покрываемых Medicare анализов на ИППП и консультаций по вопросам ИППП не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|---|
| Услуги по лечению заболеваний почек* | |
| Покрываемые услуги включают: | |
| <ul style="list-style-type: none">• Обучающие услуги по заболеваниям почек, чтобы научить членов плана заботиться о почках и помочь им принимать осознанные решения относительно своего лечения. Для участников с хронической болезнью почек IV стадии по направлению их врача мы покрываем до шести образовательных занятий по болезням почек в течение всей жизни. | Для каждой обучающей услуги по заболеваниям почек, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |
| <ul style="list-style-type: none">• Амбулаторное лечение диализом (включая лечение диализом, когда вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания, как описано в главе 3, или когда ваш поставщик этой услуги временно недоступен или не может предоставить услуги) | Для лечения почечным диализом, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |
| <ul style="list-style-type: none">• Стационарное лечение диализом (если вас поместили в больницу для специального лечения)• Обратитесь к разделу “Стационарное больничное обслуживание” данной таблицы медицинских льгот, чтобы узнать о суммах распределения расходов на пребывание в стационаре. | За лечение диализом во время пребывания в стационаре, покрываемом Medicare, дополнительная плата не взимается. |
| <ul style="list-style-type: none">• Обучение самостоятельному диализу (включает обучение для вас и тех, кто помогает вам проводить процедуры домашнего диализа) | Для каждого тренинга по самостоятельному диализу, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |
| <ul style="list-style-type: none">• Оборудование и принадлежности для домашнего диализа | Для оборудования и принадлежностей для домашнего диализа, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|--|
| Услуги по лечению заболеваний почек* (продолжение) | |
| <ul style="list-style-type: none">• Определённые вспомогательные услуги на дому (такие как, при необходимости, посещения квалифицированными медработниками по диализу для проверки вашего домашнего диализа, оказания помощи в экстренных ситуациях, проверки диализного оборудования и водоснабжения) | Для каждого посещения врача на дому, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |
| Некоторые лекарства для диализа покрываются льготой на лекарства по Части В Medicare. Информацию о покрытии лекарств Части В можно найти в разделе “Рецептурные лекарства Части В Medicare” . | Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid). |
| *Для некоторых услуг может потребоваться предварительное разрешение. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы. | |

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Уход в учреждениях квалифицированного сестринского ухода* (SNF)

(Определение учреждения квалифицированного сестринского ухода см. в главе 12 данного документа. Учреждения квалифицированного сестринского ухода иногда называют SNF.)

Ваш план покрывает до 100 дней в каждом льготном периоде. Предварительная госпитализация не требуется.

Покрываемые услуги включают следующее, но не ограничиваются им:

- Полуотдельная палата (или отдельная палата, если это необходимо по медицинским показаниям)
- Питание, включая особые диеты
- Услуги квалифицированных медсестёр
- Физиотерапия, трудотерапия и логопедия
- Лекарства, назначенные вам в рамках плана лечения (сюда входят вещества, которые естественным образом присутствуют в организме, например факторы свёртывания крови.)
- Кровь — включая хранение и применение. Покрытие донорской крови и эритроцитов начинается только с четвёртой пинты крови, которая вам необходима — вы должны либо оплатить расходы на первые 3 пинты крови, которые вы получите в течение календарного года, либо сдать кровь сами, или кто-то другой должен будет это сделать. Все остальные компоненты крови покрываются, начиная с первой использованной пинты.
- Медицинские и хирургические принадлежности, обычно предоставляемые SNF
- Лабораторные исследования, обычно предоставляемые SNF
- Рентгенография и другие радиологические услуги, обычно предоставляемые SNF
- Использование таких приспособлений, как инвалидные кресла, обычно предоставляемых SNF
- Услуги врача/практикующего врача

Это суммы распределения расходов на 2024 год, и они могут измениться на 2025 год. План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) предоставит обновлённые тарифы, как только они будут выпущены. В 2024 году суммы за каждый льготный период составили \$0 или:

- В течение 1-20 дней льготного периода сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.
- \$204 совместного платежа за каждый день в течение 21-100 дней льготного периода.

Льготный период начинается с дня вашего поступления в SNF и заканчивается, когда вы не получали квалифицированный уход в этом SNF в течение 60 дней подряд. Если вы попали в SNF после того, как закончился один льготный период, начинается новый льготный период.

Все пребывания в SNF, независимо от состояния, будут включены в льготный период. Ваши льготы SNF основаны на календарной дате.

Количество льготных периодов не ограничено.

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|---|
| <p>Уход в учреждениях квалифицированного сестринского ухода (SNF)* (продолжение)</p> <p>Как правило, вы получаете уход SNF в сетевых учреждениях. Однако при определённых условиях, перечисленных ниже, вы можете получить обслуживание в учреждении, не входящем в сеть, если это учреждение принимает суммы оплаты нашего плана.</p> <ul style="list-style-type: none">• Учреждение сестринского ухода или дом престарелых, где вы жили до того, как попали в больницу (при условии, что там предоставляются услуги учреждений квалифицированного сестринского ухода)• SNF, в котором проживает ваш супруг или сожитель на момент выписки из больницы <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы.</p> | <p>Если вы поступили в учреждение в 2025 году, а выписываетесь только в 2026 году, сумма совместного платежа за день может быть другой.</p> <p>Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).</p> |

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг



Отказ от курения и употребления табака (консультирование по вопросам отказа от курения или употребления табака)

Если вы употребляете табак, но у вас нет признаков или симптомов заболевания, связанного с курением: Мы бесплатно покрываем две консультационные попытки отказа от курения в течение 12 месяцев в качестве профилактической услуги. Каждая попытка консультирования включает до четырёх личных встреч.

Если вы употребляете табак и у вас диагностировано заболевание, связанное с курением, или вы принимаете лекарство, на которое может повлиять употребление табака: Мы покрываем услуги консультантов по отказу от курения. Мы покрываем две попытки отказа от курения в течение 12 месяцев, однако вы оплачиваете свою долю по распределению расходов. Каждая попытка консультирования включает до четырёх личных встреч.

Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.

Мы покрываем **телефонную программу по отказу от курения**, включая расходные материалы для программы, такие как никотинозаместительная терапия. Готовы к 12 месяцам поддержки? Контактную информацию см. в главе 2, разделе 1.

На профилактическую льготу по отказу от курения и употребления табака, покрываемые Medicare, не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.

На телефонную программу отказа от курения не распространяются сострахование, совместный платёж или франшиза.

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг



Специальные дополнительные льготы для хронически больных (SSBCI)

Хронически больным считается человек, который:

- имеет одно или более сопутствующих и сложных с медицинской точки зрения хронических заболеваний (15 из них перечислены ниже), которые угрожают жизни или значительно ограничивают общее состояние здоровья или жизнедеятельность застрахованного лица;
- имеет высокий риск госпитализации или других неблагоприятных последствий для здоровья; и
- требует интенсивной координации ухода.

Раз в три месяца участники получают пособие в размере \$250 на питание и продукты.

Неизрасходованные доллары будут переноситься из квартала в квартал, а затем истекут в конце 2025 календарного года.

Список хронических заболеваний:

1. Хроническая зависимость от алкоголя и других наркотических средств;
2. Аутоиммунные заболевания, ограниченные следующими:
 - узелковый полиартериит,
 - ревматическая полимиалгия,
 - Полимиозит,
 - ревматоидный артрит и
 - системная красная волчанка;
3. Рак, за исключением предраковых состояний или состояний, ограниченных местом изначальной локализации (in-situ);
4. Сердечно-сосудистые заболевания, ограниченные следующими:
 - сердечные аритмии,
 - ишемическая болезнь сердца,
 - заболевания периферических сосудов и
 - хроническое венозное тромбоэмболическое расстройство;
5. хроническая сердечная недостаточность;
6. деменция;
7. сахарный диабет;
8. заболевания печени последней стадии;
9. болезнь почек последней стадии (End-stage renal disease, ESRD), требующая диализа;

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить
при получении этих услуг



Специальные дополнительные льготы для хронически больных (SSBCI) (продолжение)

10. Тяжелые гематологические заболевания, ограниченные следующими:
 - апластическая анемия,
 - гемофилия,
 - иммунная тромбоцитопеническая пурпура,
 - миелодиспластический синдром,
 - серповидноклеточная анемия (за исключением носительства серповидноклеточной анемии) и
 - хроническое венозное тромбоэмболическое расстройство;
11. ВИЧ/СПИД
12. Хронические заболевания легких, ограниченные следующими:
 - астма,
 - хронический бронхит,
 - эмфизема,
 - лёгочный фиброз и
 - лёгочная гипертензия;
13. Хронические и инвалидизирующие психические заболевания, ограниченные следующими:
 - биполярные расстройства,
 - большие депрессивные расстройства,
 - параноидальное расстройство,
 - шизофрения и
 - шизоаффективное расстройство;
14. Неврологические расстройства, ограниченные следующими:
 - боковой амиотрофический склероз (Amyotrophic lateral sclerosis, ALS),
 - эпилепсия,
 - обширный паралич (т. е. гемиплегия, квадриплегия, параплегия, моноплегия),
 - болезнь Хантингтона,
 - рассеянный склероз,
 - болезнь Паркинсона,
 - полинейропатия,
 - спинальный стеноз и
 - неврологический дефицит, связанный с инсультом; и
15. Инсульт

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|---|
| <p>Терапия тренировок под наблюдением (SET)</p> <p>Терапия тренировок под наблюдением (Supervised Exercise Therapy, SET) покрывается для участников с симптоматическим заболеванием периферических артерий (peripheral artery disease, PAD).</p> <p>При соблюдении требований программы SET оплачивается до 36 сеансов в течение 12 недель.</p> <p>Программа SET должна:</p> <ul style="list-style-type: none">• Состоять из занятий продолжительностью 30-60 минут, включающих в себя программу тренировок по лечебной физкультуре при PAD у пациентов с хромотой• Проводиться в амбулаторных больничных условиях или в кабинете врача• Проводиться квалифицированным вспомогательным персоналом, который обучен методикам проведения лечебной физкультуры при PAD, что является необходимым условием для того, чтобы польза превышала вред• Находиться под непосредственным наблюдением врача, помощника врача или практикующей медсестры / клинического медсестринского специалиста, который должен быть обучен основным и передовым методам оказания первой помощи <p>Может покрываться более 36 сеансов SET в течение 12 недель, вплоть до дополнительных 36 сеансов на протяжении длительного периода времени, если поставщик медицинских услуг сочтёт это необходимым с медицинской точки зрения.</p> | <p>Для каждой услуги SET, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).</p> |

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Неотложные услуги

Покрываемая планом услуга, требующая немедленной медицинской помощи, которая не является экстренной, является неотложной услугой, если либо вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана, либо, даже если вы находитесь в зоне обслуживания плана, с учётом вашего времени, места и обстоятельств нецелесообразно получать эту услугу у сетевых поставщиков, с которыми план заключил договор. Ваш план должен покрывать неотложные услуги и взимать с вас только часть распределения расходов, входящих в сеть. Примерами неотложных услуг являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы или неожиданные обострения существующих заболеваний. Однако необходимые с медицинской точки зрения плановые визиты к врачу, такие как ежегодные осмотры, не считаются неотложными, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана или сеть плана временно недоступна.

Покрытие неотложной помощи действует только в Соединённых Штатах и на их территориях.

Для каждого посещения службы неотложной помощи, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Если вас госпитализируют в течение 24 часов после посещения отделения неотложной помощи, вам не нужно платить совместный платёж за услуги отделения неотложной помощи.

Если вы получаете неотложную помощь в больнице, не входящей в сеть, и после стабилизации вашего состояния вам требуется стационарное лечение, вы должны получить разрешение на стационарное лечение от плана. Если разрешение получено, стоимость лечения будет такой же, как если бы вы получали стационарное лечение в больнице, входящей в сеть.

Информацию о распределении расходов на стационарное лечение см. в разделе “Стационарные больничные услуги” данной таблицы медицинских льгот.

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|--|
| Неотложные услуги (продолжение) | Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid). |
| Модель страхования на основе стоимости (VBIID) | |
| Участники, имеющие право на “Дополнительную помощь”, могут иметь право на целевые дополнительные льготы (Value-Based Insurance Design, VBIID) и/или снижение доли в распределении расходов. Критерии соответствия и льготы: | |
| Продукты питания и свежие продукты Мы выдаём вам предварительно пополненную дебетовую карту с пособием в размере \$150 каждые три месяца для оплаты продуктов питания и безрецептурных (over-the-counter, OTC) товаров для здоровья и хорошего самочувствия. См. раздел “ <i>Безрецептурные товары (OTC)</i> ” для получения дополнительной информации о том, как работает эта комбинированная льгота. | Каждые три месяца вы получаете пособие в размере \$150, которое комбинируется с OTC. |

Услуги, которые покрываются для вас

Что вы должны заплатить при получении этих услуг

Офтальмологическое лечение

Покрываемые услуги включают:

- Амбулаторные услуги врача по диагностике и лечению заболеваний и травм глаза, включая лечение возрастной макулярной дегенерации. План Original Medicare не покрывает обычные проверки зрения (рефракцию глаз) для покупки очков/контактных линз

Для каждого обследования по диагностике и лечению заболеваний и состояний глаз, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

Обратите внимание: При предоставлении дополнительных услуг, таких как введение лекарств во время визита, может применяться отдельное распределение расходов.

-  Людям с высоким риском развития глаукомы мы оплачиваем одно обследование на выявление глаукомы в год. В группу повышенного риска возникновения глаукомы входят люди с глаукомой в семейном анамнезе, больные сахарным диабетом, афроамериканцы в возрасте 50 лет и старше, а также латиноамериканцы в возрасте 65 лет и старше.

Для ежегодного профилактического скрининга глаукомы, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

- Для людей с диабетом обследование на диабетическую ретинопатию оплачивается один раз в год

Для одного скринингового обследования на диабетическую ретинопатию, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|--|
| Офтальмологическое лечение (продолжение) | |
| Стандартные оптические изделия | |
| <ul style="list-style-type: none">После хирургической операции по удалению катаракты: Ваш план покрывает одну пару очков или контактных линз после каждой операции по удалению катаракты, включающей установку интраокулярной линзы (если вы перенесли две отдельные хирургические операции по удалению катаракты, вы не можете сохранить льготу после первой операции и купить две пары очков после второй операции).Медицинские средства коррекции зрения*: Медицинские средства коррекции зрения включены в льготу “Протезы и сопутствующие товары”. | Для одной пары очков или контактных линз, покрываемых Medicare, после каждой операции по удалению катаракты сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |
| *Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2.1 этой главы. | Для протезов и сопутствующих принадлежностей, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены. |
| | Для некоторых участников плана Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на покрываемые услуги Medicare, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid). |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|---|--|
| Офтальмологическое лечение (плановое лечение, не покрываемое Medicare) | |
| Покрываемые услуги включают: | |
| <ul style="list-style-type: none">● Плановый осмотр зрения: Наш план покрывает одно плановое измерение рефракции глаз в течение календарного года. Цель этого обследования — проверить ваше зрение, чтобы определить, нужны ли корректирующие очки или обновлённые рецепты на очки или контактные линзы. Рефрактометрия — это часть визита в офис, в ходе которой вам назначают рецепт на очки. Обе услуги включены в льготу на плановую проверку зрения. Эта льгота не распространяется на обследования при таких заболеваниях, как конъюнктивит, сухость глаза, глаукома или катаракта. Эти услуги не входят в плановое обследование рефракции, как это определено в данной льготе, и покрываются вашими медицинскими льготами по Части В. Подробную информацию о льготах на медицинское зрение см. в разделе “Офтальмологическое лечение” выше. | <p>Для одного планового осмотра глаз в течение календарного года сострахование, совместный платёж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Вы не ограничены поставщиком, входящим в сеть, что означает, что вы можете обратиться к любому квалифицированному поставщику для плановой проверки зрения.</p> |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|---|--|
| <p>Уход за зрением (плановое лечение, не покрываемое Medicare) (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none">Обычное оборудование для зрения: + Ваш план включает обычные очки или контактные линзы каждый календарный год. <p>+Сумма распределения расходов на обычное оборудование для зрения не засчитывается в максимальный размер расходов по вашему плану.</p> | <p>Вам предоставляется пособие в размере до \$250 в течение календарного года на комбинацию обычных рецептурных контактных линз, обычных рецептурных линз, обычных оправ для зрения и/или модернизаций, таких как тонирование. Это означает, что мы будем платить до \$250 в календарный год за обычное оборудование для зрения. Услуги по подбору обычных рецептурных контактных линз включены в льготу на обычное оборудование для зрения. Ответственность за любую сумму, выставленную поставщиком сверх установленной, лежит на вас. Вы не ограничены поставщиком, входящим в сеть. Вы можете получить обычное оборудование для зрения у любого квалифицированного врача.</p> <p>Обратите внимание, что описанные выше пособия одинаковы для всех поставщиков. Попросите своего врача выставить нам счёт за услуги, используя адрес претензий, указанный на обороте вашей идентификационной карты участника. Вы также можете потребовать от нас возмещения расходов.</p> |

| Услуги, которые покрываются для вас | Что вы должны заплатить при получении этих услуг |
|--|--|
| <p> Профилактическое посещение “Добро пожаловать в Medicare”</p> <p>План покрывает однократное профилактическое посещение “Добро пожаловать в Medicare”. Посещение включает в себя анализ состояния вашего здоровья, а также ознакомление и консультирование по поводу необходимых вам профилактических услуг (включая некоторые скрининги и прививки (или вакцины)) и направление на другие виды лечения, если это необходимо.</p> <p>Важно: мы покрываем профилактическое посещение “Добро пожаловать в Medicare” только в течение первых 12 месяцев действия Части В плана Medicare. Записываясь на приём, сообщите в офисе врача, что вы хотите запланировать профилактическое посещение “Добро пожаловать в Medicare”.</p> <p>Обратите внимание: Если во время посещения, когда вы получаете профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платёж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.</p> | <p>Для профилактического посещения “Добро пожаловать в Medicare” не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.</p> |

РАЗДЕЛ 3 Какие услуги покрываются вне плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)?

Раздел 3.1 Услуги не покрываемые Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Следующие услуги не покрываются планом Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), но доступны через Oregon Health Plan (Medicaid):

- Льготы Oregon Health Plan (Medicaid), не покрываемые Medicare
- Долгосрочный уход и услуги на дому и по месту жительства

Для получения подробного перечня льгот Oregon Health Plan (Medicaid) обратитесь к документу Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) Краткий обзор льгот и/или свяжитесь с Oregon Health Plan (Medicaid) или вашей Oregon Health Plan (Medicaid) организацией по координации обслуживания.

РАЗДЕЛ 4 Какие услуги не покрываются планом?

Раздел 4.1 Услуги, которые не покрываются планом (исключения)

В этом разделе говорится о том, какие услуги “исключены”. “Исключены” означает, что план не покрывает эти услуги.

В приведённой ниже таблице описаны некоторые услуги и принадлежности, которые не покрываются планом ни при каких условиях или покрываются планом только при определённых условиях.

Если вы пользуетесь услугами, которые исключены (не покрываются), вы должны оплатить их самостоятельно, за исключением особых условий, перечисленных ниже. Даже если вы воспользовались исключёнными услугами в учреждении экстренной помощи, исключённые услуги всё равно не покрываются, и наш план не будет их оплачивать. Единственное исключение — если услуга была обжалована и по результатам рассмотрения апелляции было принято решение о том, что она является медицинской услугой, которую мы должны были оплатить или покрыть в связи с вашей конкретной ситуацией (Информацию об обжаловании принятого нами решения об отказе в покрытии медицинской услуги рассказано в разделе 5.3 главы 9 данного документа.)

| Услуги, которые не покрываются Medicare | Не покрываются ни при каких условиях | Покрываются только при определённых условиях |
|--|---|---|
| Иглоукалывание | | При определённых обстоятельствах доступно для людей с хронической болью в пояснице. |
| Все расходы, связанные с суррогатным материнством | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Претензии к скорой помощи в случае отказа от транспортировки (отсутствие лечения) | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Приборы, оборудование и принадлежности, используемые в основном для комфорта или удобства, включая, в частности, кондиционеры, увлажнители воздуха и прокладки для лечения недержания. | Не покрываются ни при каких условиях | |

Глава 4 Таблица медицинских льгот (что покрывается и что вы платите)

| Услуги, которые не покрываются Medicare | Не покрываются ни при каких условиях | Покрываются только при определённых условиях |
|---|---|---|
| Вскрытия и услуги, связанные с вскрытиями | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Оплата за пропущенные приёмы или заполнение форм претензий | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Зачатие искусственным путём, таким как экстракорпоральное оплодотворение, внутрифаллопиевый перенос зиготы и внутрифаллопиевый перенос гамет ((intra-fallopiantransfers, GIFT) | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Косметическая хирургия или процедуры | | <ul style="list-style-type: none"> • Покрываются в случае случайной травмы или для улучшения функционирования деформированной части тела. • Покрываются все этапы реконструкции груди после мастэктомии, а также реконструкции непоражённой груди для создания симметричного внешнего вида. |
| <p>Повседневный уход</p> <p>Повседневный уход — это личный уход, который не требует постоянного внимания со стороны квалифицированного медицинского или парамедицинского персонала, например уход, который помогает вам в повседневной жизни: при купании, одевании и т. п.</p> | Не покрываются ни при каких условиях | |

| Услуги, которые не покрываются Medicare | Не покрываются ни при каких условиях | Покрываются только при определённых условиях |
|--|---|--|
| Тестирование непосредственно для потребителя (также известное как самотестирование, домашнее тестирование или безрецептурное тестирование), продаваемое непосредственно людям через Интернет, телевидение, печатную рекламу или другие маркетинговые материалы | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Выборочные или добровольные процедуры или услуги по улучшению | Не покрываются ни при каких условиях | |
| <p>Экспериментальные медицинские и хирургические процедуры, оборудование и лекарства</p> <p>Экспериментальные процедуры и предметы — это предметы и процедуры, которые, по мнению Original Medicare, не являются общепринятыми в медицинском сообществе.</p> | | <p>Могут покрываться планом Original Medicare в рамках одобренного Medicare клинического исследования или нашим планом.</p> <p>(Более подробную информацию о клинических исследованиях см. в разделе 5 главы 3.)</p> |
| Оплата за уход, осуществляемый вашими ближайшими родственниками или членами вашей семьи | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Оказание круглосуточной медицинской помощи у вас дома | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Гостевое питание в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Питание с доставкой на дом | | Покрывается после квалифицированной стационарной госпитализации. |

Глава 4 Таблица медицинских льгот (что покрывается и что вы платите)

| Услуги, которые не покрываются Medicare | Не покрываются ни при каких условиях | Покрываются только при определённых условиях |
|---|---|--|
| Услуги домработницы, включающие базовую помощь по дому, например лёгкую уборку или приготовление лёгкой еды. | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Дополнительные линзы для аппаратного лечения катаракты (например, отеночные, с антибликовым покрытием, прогрессивные, линзы больших размеров и т. д.), за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям | | Покрывается только в случае медицинской необходимости. |
| Рецептурные лекарства Части В Medicare для поездок за пределы США и их территорий | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Услуги натуропата (использует натуральные или альтернативные методы лечения) | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Неэкстренная транспортировка | | Требуется предварительное разрешение. |
| <p>Внеплановый уход за зубами</p> <p>При желании вы можете использовать свою предварительно пополненную дебетовую карту для оплаты внеплановых стоматологических услуг. Более подробную информацию см. в строке “Стоматологические услуги*” в Таблице медицинских льгот в разделе 2.1 этой главы.</p> | | Стоматологическая помощь, необходимая для лечения заболевания или травмы, может покрываться как стационарное или амбулаторное лечение. |

Глава 4 Таблица медицинских льгот (что покрывается и что вы платите)

| Услуги, которые не покрываются Medicare | Не покрываются ни при каких условиях | Покрываются только при определённых условиях |
|---|---|--|
| Ортопедическая обувь или поддерживающие приспособления для ног. | | Обувь, являющаяся частью ножного фиксатора и входящая в его стоимость. Ортопедическая или лечебная обувь для людей с диабетической болезнью стопы. |
| Личные вещи в вашей палате в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода, такие как телефон или телевизор | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Частные медсестры | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Отдельная палата в больнице | | Покрывается только в случае медицинской необходимости. |
| Психологическое развитие или программы самопомощи для психически здоровых людей | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Радиальная кератотомия, операция LASIK и другие методы коррекции зрения | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Отчёты, оценки или обычные медицинские осмотры, проводимые в основном для целей страхования, лицензирования, трудоустройства или других сторонних и не профилактических целей | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Отмена процедур стерилизации и/или контрацептивов, отпускаемых без рецепта, включая имплантируемые контрацептивные устройства | Не покрываются ни при каких условиях | Противозачаточные средства могут быть покрыты Oregon Health Plan (Medicaid). |
| Плановая хиропрактика | | Мануальные манипуляции с позвоночником для исправления подвывиха покрываются. |

Глава 4 Таблица медицинских льгот (что покрывается и что вы платите)

| Услуги, которые не покрываются Medicare | Не покрываются ни при каких условиях | Покрываются только при определённых условиях |
|---|---|--|
| Плановый уход за зубами, например, пломбы или зубные протезы | | Профилактические стоматологические услуги покрываются Oregon Health Plan (Medicaid). |
| Плановый уход за ногами | | Некоторое ограниченное покрытие, предоставляемое в соответствии с рекомендациями Medicare (например, если у вас диабет). |
| Плановые обследования слуха, слуховые аппараты или обследования для подбора слуховых аппаратов | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Услуги, которые не считаются разумными и необходимыми в соответствии со стандартами Original Medicare | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Услуги, которые не покрываются Medicare | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Услуги, предоставляемые в учреждениях для ветеранов (Veterans Affairs, VA) | Не покрываются ни при каких условиях | |
| Услуги, связанные с внутриматочной спиралью (Intrauterine Devices. IUD), включая установку спирали и саму спираль | Не покрываются ни при каких условиях | Услуги внутриматочной спирали могут быть покрыты Oregon Health Plan (Medicaid). |

| Услуги, которые не покрываются Medicare | Не покрываются ни при каких условиях | Покрываются только при определённых условиях |
|--|--|---|
| <p>Услуги, такие как лекарства, не покрываются, если они заказаны, прописаны или предоставлены вами для вашего же блага, лицом, проживающим в вашем доме, или членом вашей семьи. В данном контексте “член вашей семьи” — это человек, который может наследовать за вами по закону о наследовании по завещанию в любом штате, а также любой ваш родственник по прямой линии, приёмный родственник, приёмный родитель или партнёр по браку или любой другой подобный человек.</p> | <p>Не покрываются ни при каких условиях</p> | |
| <p>Приспособления для нормального зрения, анизейконические линзы или обычные (без рецепта) очки, солнцезащитные очки и другие приспособления и услуги для слабовидящих</p> | <p>Не покрываются ни при каких условиях</p> | |
| <p>Лечение или консультирование при отсутствии заболевания, включая консультирование по вопросам брака</p> | <p>Не покрываются ни при каких условиях</p> | |
| <p>Парики</p> | <p>Не покрываются ни при каких условиях</p> | |

ГЛАВА 5:

*Использование покрытия плана на
рецептурные лекарства Части D*

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D**Как вы можете получить информацию о стоимости ваших лекарств?**

Поскольку вы имеете право на Oregon Health Plan (Medicaid), вы можете претендовать на “Дополнительную помощь” от Medicare для оплаты расходов по плану обеспечения рецептурных лекарств. Поскольку вы участвуете в программе “Дополнительная помощь”, **некоторая информация этого *Справочника страхователя о расходах на рецептурные лекарства Части D* может не применяться по отношению к вам.** Мы выслали вам отдельную брошюру под названием *Справочник страхователя для людей, получающих “Дополнительную помощь” для оплаты рецептурных лекарств* (Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs, также известную как Low-Income Subsidy Rider или LIS Rider), в которой рассказывается о вашем лекарственном покрытии. Если у вас нет этой брошюры, позвоните в службу поддержки клиентов и попросите предоставить вам LIS Rider. (Номера телефонов службы поддержки клиентов указаны на задней обложке этого документа.)

РАЗДЕЛ 1 Введение

В этой главе описываются **правила использования страхового покрытия на лекарства Части D**. В главе 4 описаны льготы на лекарства по Части В программы Medicare и льготы на лекарства для хосписов.

Помимо лекарств, покрываемых Medicare, некоторые рецептурные лекарства покрываются вашими льготами Oregon Health Plan (Medicaid). Пожалуйста, обратитесь к “Списку лекарств” Oregon Health Plan (Medicaid) для покрытия этих лекарств.

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 1.1 | Основные правила покрытия лекарств по Части D плана |
|-------------------|--|

План, как правило, покрывает ваши лекарства, если вы следуете этим основным правилам:

- Вы должны попросить поставщика (врача, стоматолога или другого специалиста, выписывающего рецепт) выписать вам рецепт, который должен быть действительным в соответствии с действующим законодательством штата.
- Ваш назначающий врач не должен быть в списках исключений или ограничений Medicare.
- Как правило, вы должны получать лекарства по рецепту в сетевой аптеке. (См. раздел 2 этой главы. *Или вы можете получить своё рецептурное лекарство через службу почтового заказа плана*).
- Ваше лекарство должно быть включено в List of Covered Drugs (*Список покрываемых лекарств (Формулярный список)*) (сокращённо мы называем его “Список лекарств”). (См. раздел 3 этой главы).
- Ваше лекарство должен использоваться по медицинским показаниям. Медицинское показание — это применение лекарства, одобренное Управлением по контролю за продуктами и лекарствами или подтверждённое определёнными рекомендациями. (См. раздел 3 этой главы для получения дополнительной информации о медицински приемлемом показании.)
- Ваше лекарство может потребовать одобрения, прежде чем мы начнём его покрывать (см. раздел 4 этой главы для получения дополнительной информации об ограничениях на страховое покрытие).

РАЗДЕЛ 2 Получение лекарств по рецепту в сетевой аптеке или через службу почтовой доставки плана

| | |
|-------------------|-------------------------------------|
| Раздел 2.1 | Использование сетевой аптеки |
|-------------------|-------------------------------------|

В большинстве случаев ваши рецепты покрываются *только* при получении лекарств по ним в сетевых аптеках плана. (О том, когда мы покрываем рецепты, лекарства по которым получены в несетевых аптеках, рассказано в разделе 2.5.)

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

Сетевая аптека — это аптека, заключившая с планом договор на поставку покрываемых рецептурных лекарств. Термин “покрываемые лекарства” означает все рецептурные лекарства Части D, включённые в “Список лекарств” плана.

Раздел 2.2 Сетевые аптеки**Как найти сетевую аптеку в вашем регионе?**

Чтобы найти сетевую аптеку, загляните в *Справочник аптек*, и поставщиков, посетите наш сайт (www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider), и/или позвоните в службу поддержки клиентов.

Вы можете обратиться в любую из наших сетевых аптек.

Что делать, если аптека, услугами которой вы пользовались, выходит из сети?

Если аптека, услугами которой вы пользовались, выходит из сети плана, вам придётся найти новую аптеку, входящую в сеть. Чтобы найти другую аптеку в вашем регионе, вы можете обратиться за помощью в службу поддержки клиентов или воспользоваться *Справочником аптек и поставщиков*. Вы также можете посетить наш сайт по ссылке www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

Что делать, если вам нужна специализированная аптека?

Лекарства по некоторым рецептам необходимо получать в специализированной аптеке. Специализированные аптеки включают:

- Аптеки, поставляющие лекарства для домашней инфузионной терапии. Providence Home Services предоставляет и координирует услуги по уходу на дому в зоне обслуживания Providence Medicare Advantage Plans. Услуги включают в себя инфузию на дому (фармацевтические препараты и уход), специальные инъекционные препараты, медицинское обслуживание на дому, хоспис, кислород на дому и медицинское оборудование.
- Аптеки, поставляющие лекарства для пациентов, проживающих в учреждениях долгосрочного ухода (long-term care, LTC). Обычно в учреждениях LTC (например, в домах престарелых) есть свои аптеки. Если у вас возникли трудности с получением льгот по Части D в учреждении LTC, обратитесь в службу поддержки клиентов.
- Аптеки, обслуживающие Индейскую службу здравоохранения / Программу здравоохранения племён / городских индейцев (недоступно в Пуэрто-Рико). За исключением экстренных случаев, доступ к этим аптекам в нашей сети имеют только коренные американцы или коренные жители Аляски.
- Аптеки, которые отпускают лекарства, запрещённые FDA к применению в определённых местах или требующие особого подхода, координации действий

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

поставщика или обучения по их применению. Чтобы найти специализированную аптеку, загляните в *Справочник аптек и поставщиков* www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider или позвоните в службу поддержки.

Раздел 2.3 Использование службы почтовой доставки плана

Для некоторых видов лекарств вы можете воспользоваться услугами службы почтовой доставки плана. Как правило, лекарства, доставляемые по почте, — это лекарства, которые вы принимаете регулярно в связи с хроническим или длительным заболеванием.

Служба почтовой доставки нашего плана позволяет вам заказать **не менее 30-дневного запаса лекарства и не более 100-дневного запаса**.

Чтобы узнать, как получить рецептурные лекарства по почте, позвоните в службу поддержки клиентов.

Обычно заказ из аптеки по почте доставляется не более чем за 3-5 дней. Если доставка рецепта по почте задерживается или вы не можете дождаться его получения, вы можете воспользоваться розничной сетевой аптекой, чтобы получить небольшой промежуточный запас до тех пор, пока не получите доставку. Аптека розничной сети должна связаться с Providence Health Assurance, чтобы обеспечить выдачу этого временного запаса.

Новые назначения аптека получает непосредственно от офиса вашего врача.

После того как аптека получит рецепт от медицинского работника, она свяжется с вами, чтобы узнать, хотите ли вы получить лекарство немедленно или позже. Важно, чтобы вы отвечали каждый раз, когда с вами связываются из аптеки, чтобы узнать, отправлять ли новый рецепт, отложить его или отменить.

Пополнение рецептов, доставляемых по почте. Для пополнения запасов лекарств у вас есть возможность подписаться на программу автоматического пополнения запасов. В рамках этой программы мы начнём автоматически обрабатывать ваше следующее пополнение, когда, по нашим данным, у вас почти закончится лекарство. Аптека свяжется с вами перед отправкой каждого пополнения, чтобы убедиться, что вам нужно больше лекарств, и вы можете отменить запланированное пополнение, если у вас достаточно лекарств или если ваше лекарство изменилось.

Если вы решили не пользоваться нашей программой автоматического пополнения, но все равно хотите, чтобы аптека выслала вам рецепт по почте, обратитесь в аптеку за 10-14 дней до окончания действия вашего рецепта. Это обеспечит своевременную отправку вашего заказа.

Чтобы отказаться от участия в нашей программе, которая автоматически подготавливает пополнения для заказанных по почте лекарств, обратитесь в аптеку.

Если вы автоматически получили по почте пополнение, которое вам не нужно, вы можете претендовать на возврат денег.

Раздел 2.4 Как получить долгосрочный запас лекарств?

Если вы получаете долгосрочный запас лекарств, ваша доля по распределению расходов может быть меньше. План предлагает два способа получения долгосрочного запаса (также называемого расширенным запасом) поддерживающих лекарств, включённых в “Список лекарств” нашего плана (поддерживающие лекарства — это лекарства, которые вы принимаете на постоянной основе в связи с хроническим или длительным заболеванием).

1. В некоторых розничных аптеках нашей сети вы можете купить долгосрочный запас поддерживающих лекарств. В вашем *Справочнике аптек и поставщиков* www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider указано, в каких аптеках нашей сети вы можете получить долгосрочный запас поддерживающих лекарств. Вы также можете позвонить в службу поддержки клиентов для получения дополнительной информации.
2. Вы также можете получать поддерживающие лекарства через нашу программу доставки по почте. Дополнительную информацию смотрите в разделе 2.3.

Раздел 2.5 Когда можно воспользоваться аптекой, не входящей в сеть плана?

Ваш рецепт может быть покрыт в определённых ситуациях

Как правило, мы покрываем лекарства, купленные в аптеке вне сети *только* в том случае, если вы не можете воспользоваться услугами сетевой аптеки. Чтобы помочь вам, у нас есть сетевые аптеки за пределами нашей зоны обслуживания, где вы можете получать лекарства по рецептам, являясь участником нашего плана. **Пожалуйста, сначала обратитесь в службу поддержки клиентов**, чтобы узнать, есть ли поблизости сетевая аптека. Вас могут обязать оплатить разницу между суммой, которую вы заплатите за лекарство в несетевой аптеке, и стоимостью, которую мы покрыли бы в сетевой.

Ниже приведены обстоятельства, при которых мы будем покрывать рецепты, полученные в несетевой аптеке.

- Покрытие доступа к экстренным лекарствам и некоторым обычным лекарствам вне сети предоставляется, если участник не может получить доступ к сетевой аптеке при наличии одного из следующих условий:
 - Вы путешествуете за пределами зоны обслуживания, у вас закончились или потерялись покрываемые лекарства Части D, или вы заболели и вам понадобилось покрываемое лекарство Части D.
 - Вы не можете своевременно получить покрываемое лекарство в сетевой аптеке в вашей зоне обслуживания (например, нет доступа к сетевой аптеке 24 часа в сутки/7 дней в неделю).

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

- Вы не можете получить определённое лекарство, так как его нет в наличии в доступной сетевой аптеке или почтовой аптеке (например, орфанный или специализированный препарат с ограниченным распространением).
- Почтовая аптека сети не может своевременно доставить вам лекарство, покрываемое Частью D, и у вас закончилось лекарство.
- Лекарство выдано вам аптекой учреждения, не входящего в сеть, когда вы находитесь в отделении экстренной помощи, клинике поставщика, амбулаторной хирургии или другом амбулаторном учреждении.

Как запросить возмещение расходов у плана?

Если вы вынуждены воспользоваться услугами несетевой аптеки, вам, как правило, придётся оплатить полную стоимость при получении лекарств по рецепту. Вы можете попросить нас возместить вам расходы. (В разделе 2 главы 7 описано, как запросить у плана возмещение расходов.)

РАЗДЕЛ 3 Ваши лекарства должны быть включены в Список лекарств плана

| |
|--|
| Раздел 3.1 В Списке лекарств указано, какие лекарства покрываются в рамках Части D |
|--|

У плана есть *Список покрываемых лекарств (Формулярный список)*. В данном *Справочнике страхователя мы сокращённо называем его Список лекарств*.

Лекарства, включённые в этот список, подбираются планом с помощью группы врачей и фармацевтов. Список соответствует требованиям Medicare и был одобрен Medicare.

В Список лекарств включены лекарства, покрываемые Частью D Medicare. Помимо лекарств, покрываемых Medicare, некоторые рецептурные лекарства покрываются вашими льготами Oregon Health Plan (Medicaid). Пожалуйста, обратитесь к “Списку лекарств” Oregon Health Plan (Medicaid) для покрытия этих лекарств.

Как правило, мы покрываем лекарство, включённое в Список лекарств плана, если вы соблюдаете другие правила покрытия, описанные в этой главе, и лекарство используется по медицинским показаниям. Медицинское показание — это применение лекарства, которое *либо*:

- Одобрено Управлением по контролю за продуктами и лекарствами для диагностики или состояния, для которого оно назначается, или
- Поддерживается некоторыми рекомендациями, например информацией о лекарствах Американской службы больничных фармацевтов и информационной системой Micromedex DRUGDEX.

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

В Список лекарств входят фирменные лекарства, дженерики и биологические продукты (которые могут включать биоаналоги).

Фирменное лекарство — это рецептурное лекарство, которое продаётся под торговой маркой, принадлежащей его производителю. Биологические продукты — это препараты, которые являются более сложными, чем обычные лекарства. В Списке лекарств, когда мы говорим о лекарствах, это может означать как лекарство, так и биологический продукт.

Дженерик (воспроизведённое лекарство) — это рецептурное лекарство, содержащее те же активные ингредиенты, что и фирменное лекарство. У биологических продуктов есть альтернативы, которые называются биоаналогами. Как правило, дженерики и биоаналоги работают так же хорошо, как и фирменное лекарство и обычно стоят дешевле. Для многих фирменных лекарств существуют дженерики, а для некоторых оригинальных биологических продуктов — биоаналоги. Некоторые биоаналоги являются взаимозаменяемыми биоаналогами и, в зависимости от законодательства штата, могут быть заменены оригинальным биологическим продуктом в аптеке без необходимости получения нового рецепта, так же как дженерики могут быть заменены фирменными лекарствами.

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

Чего *нет* в Списке лекарств?

Лекарства, покрываемые Medicaid, не входят в “Список лекарств”. Вы можете посетить страницу Medicaid, чтобы узнать о лекарствах, покрываемых Medicaid <https://www.providencehealthplan.com/health-share-providence-ohp>.

План не покрывает все рецептурные лекарства.

- В некоторых случаях закон не позволяет ни одному плану Medicare покрывать определённые виды лекарств (подробнее об этом см. в разделе 7.1 этой главы).
- В других случаях мы принимаем решение не включать то или иное лекарство в Список лекарств. В некоторых случаях вы можете получить лекарство, которое не входит в Список лекарств. Дополнительную информацию см. в главе 9.

Раздел 3.2 Как узнать, входит ли конкретное лекарство в Список лекарств?

Есть четыре способа это выяснить:

1. Проверьте последний Список лекарств, который мы предоставили в электронном виде.

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

2. Посетите сайт плана (www.ProvidenceHealthAssurance.com). Список лекарств на сайте всегда самый актуальный.
3. Позвоните в службу поддержки клиентов, чтобы узнать, входит ли конкретное лекарство в Список лекарств плана или попросить копию списка.
4. Используйте инструмент плана под названием Real-Time Benefit Tool (www.ProvidenceHealthAssurance.com) или позвоните в службу поддержки клиентов. С помощью этого инструмента вы можете найти лекарства в Списке лекарств, чтобы узнать, сколько вы заплатите, и есть ли в Списке лекарств альтернативные лекарства, которые могут лечить то же самое заболевание.

РАЗДЕЛ 4 Существуют ограничения на покрытие некоторых лекарств

Раздел 4.1 Почему у некоторых лекарств есть ограничения?

Для некоторых рецептурных лекарств действуют особые правила, ограничивающие, как и когда план покрывает их. Эти правила были разработаны группой врачей и фармацевтов, чтобы поощрить вас и вашего врача к наиболее эффективному использованию лекарств. Чтобы узнать, относятся ли эти ограничения к лекарству, который вы принимаете или хотите принимать, проверьте Список лекарств. Если безопасное недорогое лекарство с медицинской точки зрения работает так же хорошо, как и более дорогое, правила плана призваны поощрять вас и вашего врача использовать этот недорогой вариант.

Обратите внимание, что иногда лекарство может встречаться в нашем Списке лекарств несколько раз. Это связано с тем, что одни и те же лекарства могут различаться в зависимости от интенсивности, количества или формы лекарства, назначенного вашим лечащим врачом, и к разным версиям лекарства могут применяться разные ограничения или распределение расходов (например, 10 мг против 100 мг; один раз в день против двух раз в день; таблетки против жидкости).

Раздел 4.2 Какие ограничения?

В следующих разделах мы расскажем, какие ограничения мы используем для некоторых лекарств.

Если для вашего лекарства существует ограничение, это обычно означает, что вам или вашему поставщику придётся предпринять дополнительные шаги, чтобы мы покрыли лекарство. Обратитесь в службу поддержки клиентов, чтобы узнать, что нужно сделать вам или вашему поставщику, чтобы получить покрытие на это лекарство. Если вы хотите, чтобы мы отменили для вас это ограничение, вам нужно будет воспользоваться процедурой принятия решения о покрытии и запросить у нас исключение. Мы можем согласиться или не согласиться отменить для вас это ограничение. (см. главу 9).

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D**Получение предварительного одобрения плана**

Для некоторых лекарств вам или вашему поставщику необходимо получить разрешение от плана, прежде чем мы согласимся покрыть вам это лекарство. Это называется **предварительной авторизацией**. Это сделано для того, чтобы обеспечить безопасность лекарств и помочь правильно использовать определённые лекарства. Если вы не получите такого разрешения, лекарство может не покрываться планом.

Сначала попробуйте другое лекарство

Это требование побуждает вас попробовать менее дорогостоящие, но обычно столь же эффективные лекарства, прежде чем план оплатит другое лекарство. Например, если Лекарство А и Лекарство В лечат одно и то же заболевание, план может потребовать, чтобы вы сначала попробовали Лекарство А. Если Лекарство А вам не подходит, план покрывает Лекарство В. Это требование сначала попробовать другое лекарство называется **ступенчатой терапией**.

Ограничения по количеству

Для некоторых лекарств мы ограничиваем количество лекарства, которое вы можете получить при каждом получении лекарства по рецепту. Например, если обычно считается безопасным принимать только одну таблетку в день для определённого лекарства, мы можем ограничить покрытие вашего рецепта только одной таблеткой в день.

РАЗДЕЛ 5 Что делать, если одно из ваших лекарств не покрывается так, как вы хотели бы?

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 5.1 | Если одно из ваших лекарств не покрывается так, как вы хотели бы, вы можете предпринять определённые действия |
|-------------------|--|

Бывают ситуации, когда рецептурное лекарство, которое вы принимаете или которое, по вашему мнению и мнению вашего врача, вам следует принимать, не входит в наш формулярный список или входит в него с ограничениями. Например:

- Лекарство может вообще не покрываться. Или, может быть, дженерик покрывается, а фирменная версия, которую вы хотите принимать, — нет.
- Лекарство покрывается, но существуют дополнительные правила или ограничения на покрытие этого лекарства, как описано в разделе 4.
- Если ваше лекарство не покрывается в том объёме, в котором вы хотели бы, чтобы оно покрывалось, вы можете предпринять определённые действия. **Если вашего лекарства нет в Списке лекарств или в отношении него действуют ограничения, перейдите к разделу 5.2, чтобы узнать, что вы можете сделать.**

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 5.2 | Что вы можете сделать, если ваше лекарство не входит в Список лекарств или в отношении него действуют ограничения? |
|-------------------|---|

Если вашего лекарства нет в Списке лекарств или в отношении него действуют ограничения, есть несколько вариантов:

- Возможно, вам удастся получить временную поставку лекарства
- Вы можете заменить лекарство на другое.
- Вы можете запросить исключение и попросить план покрыть лекарство или снять с него ограничения.

Возможно, вам удастся получить временную поставку

При определённых обстоятельствах план должен предоставить временную поставку лекарства, которое вы уже принимаете. Эта временная поставка даст вам время поговорить с вашим поставщиком об изменении.

Чтобы иметь право на временную поставку, лекарство, которое вы принимали, должно **больше не включаться в Список лекарств плана ИЛИ быть ограничено каким-либо образом.**

- **Если вы являетесь новым участником**, мы покроем временную поставку вашего лекарства в течение первых **90 дней** вашего участия в плане.
- **Если вы были участником плана в прошлом году**, мы покроем временную поставку вашего лекарства в течение первых **90 дней** календарного года.
- Временная поставка осуществляется не более чем на 30 день. Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим многократную покупку лекарств в течение максимум 30 дня. Рецепт должен обслуживаться в сетевой аптеке. (Обратите внимание, что аптека учреждения долгосрочного ухода может предоставлять лекарство в меньших количествах за раз, чтобы избежать излишней растраты.)
- **Для тех участников, которые состоят в плане более 90 дней и проживают в учреждении долгосрочного ухода и нуждаются в немедленной поставке:**

Мы покрываем один 31-дневный запас конкретного лекарства для экстренных поставок, или меньше, если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней. Это в дополнение к вышеуказанным временным поставкам.

| Изменение уровня обслуживания | Запас дней |
|--|-------------------|
| Для участников, переходящих из SNF в LTC | 31 |
| SNF на дом (розничная торговля) | 30 |
| LTC в LTC | 31 |
| Из больницы на дом (розничная торговля) | 30 |

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

По вопросам временных поставок обращайтесь в службу поддержки клиентов.

В то время, когда вы пользуетесь временным запасом лекарства, вы должны обсудить с вашим поставщиком, чтобы решить, что делать, когда ваш временный запас закончится. У вас есть два варианта:

1) Вы можете перейти на другое лекарство

Поговорите со своим врачом о том, есть ли другое лекарство, покрываемое планом, которое может так же хорошо вам подойти. Вы можете обратиться в службу поддержки клиентов и запросить список покрываемых лекарств, которые лечат одно и то же заболевание. Этот список поможет вашему поставщику найти покрываемое лекарство, которое может вам подойти.

2) Вы можете попросить сделать исключение

Вы и ваш поставщик можете попросить план сделать исключение и покрыть лекарство таким образом, как вы хотели бы, чтобы оно покрывалось. Если ваш врач скажет, что у вас есть медицинские показания, которые оправдывают просьбу о предоставлении исключения, то ваш врач поможет вам запросить исключение. Например, вы можете попросить план покрыть лекарство, даже если оно не входит в “Список лекарств” плана. Или вы можете попросить план сделать исключение и покрыть лекарство без ограничений.

Если вы и ваш врач хотите запросить исключение, то в разделе 7.4 главы 9 рассказывается, что нужно делать. Там объясняются процедуры и сроки, установленные Medicare для того, чтобы ваш запрос был рассмотрен оперативно и справедливо.

РАЗДЕЛ 6 Что делать, если изменилось покрытие одного из ваших лекарств?

| |
|--|
| Раздел 6.1 Список лекарств может меняться в течение года |
|--|

Большинство изменений в покрытии лекарств осуществляется в начале каждого года (1 января). Однако, в течение года план может вносить некоторые изменения в Список лекарств. Например, план может:

- Добавлять или удалять лекарства из Списка лекарств.
- Добавлять или снимать ограничения на покрытие лекарства.
- Заменять фирменное лекарство на его дженерик-версию.
- Заменять оригинальный биологический продукт на взаимозаменяемый биоаналог биологического продукта.

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

Мы должны следовать требованиям Medicare, прежде чем изменять Список лекарств плана.

Определения типов лекарств, рассматриваемых в этой главе, см. в главе 12.

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 6.2 | Что произойдёт, если изменится покрытие лекарства, которое вы принимаете? |
|-------------------|--|

Информация об изменениях в покрытии лекарств

Когда в Списке лекарств происходят изменения, мы размещаем информацию об этих изменениях на нашем сайте. Мы также регулярно обновляем наш онлайн Список лекарств. В этом разделе описаны типы изменений, которые мы можем вносить в Список лекарств, а также время, когда вы получите прямое уведомление о внесении изменений в список лекарств, которые вы принимаете.

Изменения, которые мы можем внести в Список лекарств и которые коснутся вас в течение текущего года действия плана

- **Добавление новых лекарств в Список лекарств и немедленное удаление или внесение изменений в аналогичное лекарство в Списке лекарств.**
 - При добавлении новой версии лекарства в Список лекарств мы можем немедленно исключить аналогичное лекарство из Списка лекарств, перевести его на другой уровень распределения расходов, добавить новые ограничения или и то, и другое. Новая версия лекарства будет иметь те же или меньшие ограничения.
 - Мы внесём эти немедленные изменения только в том случае, если добавим новую дженерик-версию фирменного лекарства или добавим некоторые новые биоаналогичные версии оригинального биологического продукта, который уже был включён в Список лекарств.
 - Мы можем внести эти изменения немедленно и сообщить вам об этом позже, даже если вы принимаете лекарство, которое мы отменяем или в которое вносим изменения. Если вы принимаете аналогичное лекарство на момент внесения изменений, мы сообщим вам о каждом конкретном изменении.
- **Добавление новых лекарств в Список лекарств и немедленное удаление или внесение изменений в аналогичное лекарство в Списке лекарств с предварительным уведомлением.**
 - При добавлении другой версии лекарства в Список лекарств мы можем исключить аналогичное лекарство из Списка лекарств, перевести его на другой уровень распределения расходов, добавить новые ограничения или и то, и другое. Версия лекарства, которую мы добавим, будет иметь те же или меньшие ограничения.

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

- Мы внесём эти изменения только в том случае, если добавим новую дженерик-версию фирменного лекарства или добавим некоторые новые биоаналогичные версии оригинального биологического продукта, который уже был включён в Список лекарств.
- Мы сообщим вам об этом не позднее чем за 30 дней до внесения изменений или сообщим вам об изменениях и предоставим 30-дневную версию лекарства, которое вы принимаете.
- **Исключение из Списка лекарств небезопасных лекарств и других лекарств, снятых с продажи.**
 - Иногда лекарство может быть признано небезопасным или снято с производства по другой причине. Если это произойдёт, мы можем немедленно исключить его из Списка лекарств. Если вы принимаете это лекарство, мы сообщим вам об этом после внесения изменений.
- **Внесение других изменений в лекарства, включённые в Список лекарств.**
 - После начала года мы можем внести другие изменения, которые повлияют на принимаемые вами лекарства. Например, мы основываемся на предупреждениях на коробках FDA или новых клинических рекомендациях, признанных Medicare.
 - Мы сообщим вам об этом не менее чем за 30 дней до внесения таких изменений или сообщим вам об изменении и оплатим дополнительный 30-дневный запас лекарства, которое вы принимаете.

Если мы внесём какие-либо из этих изменений в лекарства, которые вы принимаете, обсудите с вашим лечащим врачом варианты, которые подойдут вам лучше всего, включая переход на другое лекарство для лечения вашего заболевания или запрос на решение о покрытии, чтобы удовлетворить любые новые ограничения на лекарство, которое вы принимаете. Вы или ваш лечащий врач можете попросить нас сделать исключение, чтобы продолжить покрытие лекарства или его разновидности, которую вы принимали. Подробнее о том, как запросить решение о покрытии, включая исключение, см. в главе 9.

Изменения в Списке лекарств, которые не коснутся вас в течение текущего планового года

Мы можем вносить в Список лекарств некоторые изменения, которые не описаны выше. В этих случаях изменения не коснутся вас, если вы принимаете лекарство в момент внесения изменений; однако, скорее всего, эти изменения коснутся вас с 1 января следующего года действия плана, если вы останетесь в том же плане.

В целом, изменения, которые не коснутся вас в течение текущего года действия плана:

- Мы ввели новое ограничение на использование вашего лекарства.
- Мы исключили ваше лекарство из Списка лекарств.

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

Если какие-либо из этих изменений касаются лекарства, которое вы принимаете (за исключением вывода лекарства с рынка, замены фирменного лекарства дженериком или других изменений, указанных в разделах выше), то эти изменения не повлияют на ваше использование или на то, сколько вы платите в качестве своей доли расходов, до 1 января следующего года.

Мы не будем сообщать вам о подобных изменениях непосредственно в течение текущего года действия плана. Вам нужно будет просмотреть Список лекарств на следующий год действия плана (когда список будет доступен в период открытой регистрации), чтобы узнать, есть ли какие-либо изменения относительно принимаемых вами лекарств, которые повлияют на вас в течение следующего года действия плана.

РАЗДЕЛ 7 Какие типы лекарств *не* покрываются планом?

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 7.1 | Типы лекарств, которые мы не покрываем |
|-------------------|---|

В этом разделе рассказывается о том, какие виды рецептурных лекарств **исключены**. Это означает, что Medicare не покрывает расходы на эти лекарства.

Если вы подадите апелляцию и будет установлено, что запрашиваемое лекарство не исключено из Части D, мы оплатим или покроем его. (Про обжалование решения рассказано в главе 9.) Если лекарство, исключённое нашим планом, также исключено Oregon Health Plan (Medicaid), вы должны оплатить его самостоятельно.

Вот три общих правила относительно лекарств, которые не покрываются планами лекарственного обеспечения Medicare в рамках Части D:

- Покрытие лекарств Части D нашего плана не может покрывать лекарства, которые покрывались бы по Части A или Части B Medicare.
- Наш план не покрывает лекарства, купленные за пределами США или их территорий.
- Наш план не может покрывать использование лекарства *не по назначению*, если такое использование не подтверждено определёнными справочными материалами, такими как информация о лекарствах Американской службы больничных фармацевтов и информационная система Micromedex DRUGDEX. Использование *не по назначению* — это любое применение лекарства, отличное от того, что указано на его этикетке и одобрено Управлением по контролю за продуктами и лекарствами.

Кроме того, по закону следующие категории лекарств, перечисленные ниже, не покрываются Medicare. Однако некоторые из этих лекарств могут быть покрыты вашим страховым покрытием Oregon Health Plan (Medicaid). Проверьте Список лекарств, покрываемых вашим планом Oregon Health Plan (Medicaid).

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

- Лекарства, отпускаемые без рецепта (также называемые безрецептурными)
- Лекарства, стимулирующие фертильность
- Лекарства, используемые для облегчения симптомов кашля или простуды
- Лекарства, используемые в косметических целях или для стимулирования роста волос
- Витамины и минеральные препараты, отпускаемые по рецепту, кроме пренатальных витаминов и препаратов фтора
- Лекарства, используемые для лечения сексуальной или эректильной дисфункции
- Лекарства, используемые для лечения анорексии, потери или набора веса
- Амбулаторные лекарства, для которых производитель требует, чтобы сопутствующие тесты или услуги мониторинга проводились исключительно у производителя в качестве условия продажи

Если вы получаете “Дополнительную помощь” для оплаты рецептов, “Дополнительная помощь” не будет оплачивать лекарства, которые обычно не покрываются. Однако, если у вас есть лекарственное покрытие по Medicaid, программа Medicaid вашего штата может покрывать некоторые рецептурные лекарства, которые обычно не покрываются планом лекарственного обеспечения Medicare. Обратитесь в программу Medicaid вашего штата, чтобы узнать, какое покрытие лекарств может быть вам доступно. (Номера телефонов и контактную информацию Medicaid можно найти в разделе 6 главы 2).

РАЗДЕЛ 8 Получение лекарств по рецепту

Раздел 8.1 Предоставьте информацию о вашем участии

Чтобы получить лекарство по рецепту, предоставьте информацию о членстве в плане, которая указана на вашей карточке участника, и вашу карточку участника в выбранной вами сетевой аптеке. Сетевая аптека автоматически выставит счёт плану за ваше лекарство. Если рецептурное лекарство не покрывается Medicare, но покрывается Oregon Health Plan (Medicaid), вам нужно будет предъявить свою карточку Oregon Health Plan (Medicaid), чтобы получить это лекарство.

Раздел 8.2 Что делать, если у вас нет с собой информации об участии?

Если у вас нет с собой информации об участии в плане, когда вы получаете лекарство по рецепту, вы или аптека можете позвонить в план и получить необходимую информацию, или попросить аптеку найти информацию об участии в плане.

Если аптека не сможет получить необходимую информацию, **возможно, вам придётся оплатить полную стоимость рецепта, когда вы будете его забирать.** (Затем вы можете

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

попросить нас возместить вам расходы. О том, как запросить у плана возмещение расходов, рассказано в разделе 2 главы 7.)

РАЗДЕЛ 9 Покрытие лекарств по Части D в особых ситуациях

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 9.1 | Что делать, если вы находитесь в больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода, пребывание в котором покрывается планом? |
|-------------------|---|

Если вы госпитализированы или находитесь в учреждении квалифицированного сестринского ухода, для пребывания в больнице, покрываемого планом, мы, как правило, покрываем стоимость ваших рецептурных лекарств во время вашего пребывания. После того как вы выпишетесь из больницы или учреждения квалифицированного сестринского ухода, план покрывает ваши рецептурные лекарства, если они соответствуют всем нашим правилам покрытия, описанным в этой главе.

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 9.2 | Что делать, если вы проживаете в учреждении долгосрочного ухода (LTC)? |
|-------------------|---|

Обычно учреждение долгосрочного ухода (LTC) (например, дом престарелых) имеет собственную аптеку или пользуется услугами аптеки, которая поставляет лекарства для всех его резидентов. Если вы проживаете в учреждении LTC, вы можете получать лекарства по рецепту в аптеке этого учреждения или в той, которую оно использует, если она входит в нашу сеть.

См. *Справочник аптек и поставщиков* www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider, чтобы узнать, входит ли в нашу сеть аптека вашего учреждения LTC или та, которой оно пользуется. Если не входит, или если вам нужна дополнительная информация или помощь, обратитесь в службу поддержки клиентов. Если вы находитесь в учреждении LTC, мы должны обеспечить, чтобы вы могли регулярно получать свои льготы по Части D через нашу сеть аптек LTC.

Что делать, если вы проживаете в учреждении долгосрочного ухода (long-term care, LTC) и нуждаетесь в лекарстве, которого нет в нашем Списке лекарств или на которое наложены какие-то ограничения?

См. раздел 5.2 о временных или экстренных поставках.

Раздел 9.3**Что делать, если вы также получаете лекарственное покрытие от работодателя или по групповому плану для пенсионеров?**

Если в настоящее время у вас (или у вашего супруга/супруги или сожителя) есть другое страховое покрытие рецептурных лекарств, предоставляемое работодателем или группой пенсионеров, обратитесь к **администратору льгот этой группы**. Он поможет вам определить, как ваше текущее покрытие рецептурных лекарств будет сочетаться с нашим планом.

Как правило, если у вас есть групповое покрытие для сотрудников или пенсионеров, лекарственное покрытие, которое вы получаете от нас, будет *вторичным* по отношению к вашему групповому покрытию. Это означает, что ваше групповое покрытие будет платить первым.

Специальное примечание о кредитуемом покрытии:

Каждый год ваш работодатель или пенсионная группа должны присылать вам уведомление, в котором говорится, подлежит ли зачёту ваше покрытие рецептурных лекарств на следующий календарный год.

Если страховое покрытие группового плана соответствует требованиям, это означает, что план имеет покрытие лекарств, за которые в среднем придётся платить не меньше, чем за стандартное покрытие рецептурных лекарств Medicare.

Сохраните это уведомление о кредитуемом покрытии, потому что оно может понадобиться вам позже. Если вы зачислены в план Medicare, включающий лекарственное покрытие Части D, вам могут понадобиться эти уведомления, чтобы показать, что вы сохранили кредитуемое покрытие. Если вы не получили уведомление о кредитуемом покрытии, запросите его копию у администратора плана льгот вашего работодателя или пенсионера, а также у работодателя или профсоюза.

Раздел 9.4**Что делать, если вы находитесь в хосписе, сертифицированном Medicare?**

Хоспис и наш план не покрывают одно и то же лекарство одновременно. Если вы состоите в хосписе Medicare и нуждаетесь в определённых лекарствах (например, средствах против тошноты, слабительных, обезболивающих или противотревожных), которые не покрываются хосписом, поскольку не связаны с вашим неизлечимым заболеванием и сопутствующими состояниями, наш план должен получить уведомление либо от назначающего врача, либо от поставщика услуг хосписа о том, что лекарство не связано, прежде чем наш план сможет покрыть это лекарство. Чтобы избежать задержек в получении лекарств, которые должны покрываться нашим планом, попросите своего поставщика услуг хосписа или назначающего врача уведомить нас об этом до того, как вы получите лекарство по рецепту.

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

Если вы отмените свой выбор хосписа или выпишитесь из хосписа, наш план должен покрывать ваши лекарства, как описано в этом документе. Чтобы избежать задержек в аптеке при прекращении действия льготы на хоспис Medicare, принесите в аптеку документы, подтверждающие отмену или выписку.

РАЗДЕЛ 10 Программы по безопасности лекарств и управлению лекарствами

Раздел 10.1 Программы, помогающие участникам безопасно использовать лекарства

Мы проводим проверки на предмет употребления лекарств нашими участниками, чтобы убедиться в том, что они получают безопасный и надлежащий уход.

Мы проводим проверку каждый раз, когда вы получаете лекарство по рецепту. Мы также регулярно проверяем наши записи. Во время этих проверок мы ищем потенциальные проблемы, такие как:

- Возможные ошибки при приёме лекарств
- Лекарства, которые могут не понадобиться, потому что вы принимаете другое аналогичное лекарство для лечения того же заболевания
- Лекарства, которые могут быть небезопасны или неприемлемы из-за вашего возраста или пола
- Некоторые комбинации лекарств, одновременный приём которых может вам навредить
- Рецепты на лекарства, в состав которых входят компоненты, вызывающие у вас аллергию
- Возможные ошибки в количестве (дозировке) принимаемого вами лекарства
- Небезопасное количество опиоидных обезболивающих лекарств

Если мы увидим возможную проблему в использовании вами лекарств, мы свяжемся с вашим врачом, чтобы устранить её.

Раздел 10.2 Программа управления лекарственными средствами (DMP), помогающая участникам безопасно использовать опиоидные препараты

У нас есть программа, которая помогает участникам безопасно использовать рецептурные опиоиды и другие лекарства, которыми часто злоупотребляют. Это называется Программой управления лекарственными средствами (Drug Management Program, DMP). Если вы используете опиоидные препараты, которые получаете от нескольких назначающих врачей или аптек, или если у вас недавно была передозировка опиоидов, мы

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

можем поговорить с вашими назначающими врачами, чтобы убедиться, что использование вами опиоидных препаратов является правильным и необходимым с медицинской точки зрения. Если мы совместно с вашими лечащими врачами решим, что использование вами опиоидных или бензодиазепиновых препаратов по рецепту небезопасно, мы можем ограничить доступ к этим препаратам. Если мы поместим вас в нашу DMP, ограничения могут быть следующими:

- Обязать вас получать все рецептурные опиоидные или бензодиазепиновые лекарства в определённой аптеке (аптеках)
- Обязать вас получать все рецептурные опиоидные или бензодиазепиновые лекарства у определённого врача (врачей)
- Ограничение количества опиоидных или бензодиазепиновых лекарств, которые мы будем для вас покрывать

Если мы планируем ограничить для вас приём этих лекарств или их количество, мы отправим вам письмо заранее. В письме вы узнаете, ограничиваем ли мы покрытие этих лекарств для вас, или должны ли вы получать рецепты на эти лекарства только у определённого врача или в аптеке. У вас будет возможность сообщить нам, услугами каких врачей или аптек вы предпочитаете пользоваться, а также любую другую информацию, которую вы считаете важной для нас. После того как у вас будет возможность ответить, если мы решим ограничить покрытие этих лекарств, мы отправим вам ещё одно письмо, подтверждающее ограничение. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, или не согласны с нашим решением или ограничением, вы и ваш лечащий врач имеете право подать апелляцию. Если вы подадите апелляцию, мы пересмотрим ваш случай и вынесем новое решение. Если мы продолжим отклонять любую часть вашего запроса, связанную с ограничениями, которые применяются в отношении вашего доступа к лекарствам, мы автоматически направим ваше дело независимому эксперту, не входящему в наш план. О том, как подать апелляцию, рассказано в главе 9.

Вы не будете участвовать в нашей программе DMP, если у вас есть определённые медицинские показания, например активные боли, связанные с раком, или серповидно-клеточная болезнь, вы получаете хосписную, паллиативную помощь или услуги по уходу в конце жизни, или живете в учреждении долгосрочного ухода.

| | |
|--------------------|--|
| Раздел 10.3 | Программа управления медикаментозной терапией (МТМ), помогающая участникам управлять приёмом лекарств |
|--------------------|--|

У нас есть программа, которая может помочь нашим участникам со сложными медицинскими потребностями. Она называется программой управления медикаментозной терапией (Medication Therapy Management, МТМ). Эта программа является добровольной и бесплатной. Команда фармацевтов и врачей разработала для нас эту программу, чтобы убедиться, что наши участники получают максимальную пользу от принимаемых ими лекарств.

Некоторые участники, страдающие определёнными хроническими заболеваниями и принимающие лекарства, стоимость которых превышает определённую сумму, или

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

состоящие в программе DMP, помогающей участникам безопасно использовать опиоиды, могут получить услуги по программе MTM. Если вы подходите для участия в программе, фармацевт или другой медицинский работник проведёт полный обзор всех ваших лекарств. Во время беседы вы можете обсудить свои лекарства, расходы, а также проблемы и вопросы, связанные с рецептурными и безрецептурными лекарствами. Вы получите письменное заключение, содержащее список рекомендуемых действий, которые необходимо предпринять для достижения наилучших результатов от приёма лекарств. Вы также получите список лекарств, в котором будут указаны все лекарства, которые вы принимаете, их количество, время и причины приёма. Кроме того, участники программы MTM получают информацию о безопасной утилизации рецептурных лекарств, которые относятся к контролируемым веществам.

Нелишним будет обсудить с врачом список рекомендаций и список лекарств. Возьмите обзор с собой на приём или в любое другое время, когда будете общаться с врачами, фармацевтами и другими медицинскими работниками. Кроме того, обновляйте список лекарств и держите его при себе (например, вместе с удостоверением личности) на случай, если вы попадёте в больницу или отделение экстренной помощи.

Если у нас есть программа, которая соответствует вашим потребностям, мы автоматически запишем вас в неё и отправим вам информацию. Если вы решите отказаться от участия, сообщите нам об этом, и мы исключим вас. Если у вас возникли вопросы по этой программе, обратитесь в службу поддержки клиентов.

РАЗДЕЛ 11 Мы отправляем вам отчёты с информацией о платежах за ваши лекарства и о том, на каком уровне оплаты вы находитесь

| |
|---|
| Раздел 11.1 Мы ежемесячно отправляем вам сводную информацию, называемую <i>Объяснение льгот по Части D (Часть D EOB)</i> |
|---|

Наш план отслеживает стоимость ваших рецептурных лекарств и платежи, которые вы делали, когда получали лекарства по рецепту в аптеке. Таким образом, мы сможем сообщить вам, когда вы перейдёте с одного уровня оплаты лекарств на другой. В частности, есть два типа расходов, которые мы отслеживаем:

- Мы отслеживаем, сколько вы заплатили. Это называется вашими расходами **из собственных средств**. Сюда входит сумма, которую вы заплатили при получении покрываемого лекарства Части D, любые платежи за лекарства, сделанные семьёй или друзьями, и любые платежи, сделанные за лекарства в рамках “Дополнительной помощи” от Medicare, медицинских планов работодателей или профсоюзов, TRICARE, Индейской службой здравоохранения, программ помощи больным СПИДом, благотворительных организаций и большинства государственных программ фармацевтической помощи (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs).

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

- Мы отслеживаем ваши **общие расходы на лекарства**. Это общая сумма всех платежей, сделанных за ваши покрываемые лекарства Части D. Сюда входит то, что оплатил план, то, что оплатили вы, а также то, что оплатили другие программы или организации за ваши покрываемые лекарства Части D.

Если в течение предыдущего месяца вы получили по рецепту одно или несколько лекарств, оплаченных нашим планом, мы вышлем вам **Объяснение льгот по Части D**.
Объяснение льгот по Части D включает:

- **Информацию за этот месяц**. В этом отчёте содержатся платёжные реквизиты рецептов, по которым вы получили лекарства в течение предыдущего месяца. В нём указаны общие расходы на лекарства, сумма, которую оплатил план, и сумма, которую оплатили вы и которая была оплачена от вашего имени.
- **Общие расходы за год с 1 января**. Это так называемая информация с начала года по сегодняшний день. В нём указаны общие расходы на лекарства и общая сумма выплат за ваши лекарства с начала года.
- **Информация о ценах на лекарства**. Эта информация отображает общую стоимость лекарств и информацию об увеличении цены с момента первого получения одного и того же количества лекарств по каждому рецепту.
- **Доступные недорогие альтернативные рецепты**. Сюда включается информация о других доступных лекарствах с меньшей стоимостью по распределению расходов для каждого рецепта.

| | |
|--------------------|---|
| Раздел 11.2 | Помогите нам следить за актуальностью информации о ваших платежах за лекарства |
|--------------------|---|

Чтобы отслеживать ваши расходы на лекарства и платежи за них, мы используем записи, которые получаем от аптек. Вот как вы можете помочь нам поддерживать правильность и актуальность вашей информации:

- **Предъявляйте свою карточку участника каждый раз, когда получаете лекарство по рецепту**. Это помогает нам убедиться в том, что мы знаем о рецептах, по которым вы получаете лекарства, и о том, сколько вы платите.
- **Убедитесь, чтобы у нас была необходимая информация**. В некоторых случаях вы можете оплатить всю стоимость рецептурного лекарства. В этих случаях мы не будем автоматически получать информацию, необходимую для отслеживания ваших расходов из собственных средств. Чтобы мы могли следить за вашими расходами из собственных средств, предоставляйте нам копии этих чеков. Вот примеры того, когда вы должны предоставлять нам копии чеков на лекарства:
 - Когда вы покупаете покрываемое лекарство в сетевой аптеке по специальной цене или по дисконтной карте, которая не входит в льготы нашего плана.

Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D

- Если вы внесли сумму совместного платежа за лекарства, которые предоставляются в рамках программы помощи пациентам от производителя лекарств.
- Все случаи, когда вы покупали покрываемые лекарства в аптеках, не входящих в сеть, или другие случаи, когда вы платили полную цену за покрываемое лекарство при особых обстоятельствах.
- **Отправляйте нам информацию о платежах, которые за вас делали другие люди.** Платежи, сделанные некоторыми другими лицами и организациями, также учитываются в сумме ваших расходов из собственных средств. Например, платежи, сделанные в рамках программы помощи больным СПИДом (ADAP), Индейской службой здравоохранения и большинством благотворительных организаций, засчитываются в счёт суммы, которую вы оплачиваете из собственных средств. Ведите учёт этих платежей и отправляйте их нам, чтобы мы могли отслеживать ваши расходы.
- **Ознакомьтесь с письменным отчётом, который мы вам вышлем.** Когда получите Объяснение льгот по Части D, просмотрите его, чтобы убедиться, что информация в нём полная и правильная. Если вам кажется, что чего-то не хватает, или у вас возникли вопросы, позвоните в службу поддержки клиентов. Обязательно сохраняйте эти отчёты.

РАЗДЕЛ 12 Дополнительная информация о льготах

1. Тест-полоски и глюкометры ограничены предпочтительными производителями, указанными в плане. Все медицинские принадлежности и/или устройства должны быть предоставлены и оплачены через розничную аптеку, входящую в сеть.
2. Количество лекарств ограничено 30-дневным запасом.
3. Управлением по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) не проверяет сыпучие порошки и химические вещества, поэтому они не соответствуют определению лекарства Части D и исключаются из покрытия.
4. Срок действия отпуска ограничен 30 днями.

ГЛАВА 6:

*Сколько вы платите за
рецептурные лекарства по
Части D*



Как вы можете получить информацию о стоимости ваших лекарств?

Поскольку вы имеете право на Oregon Health Plan (Medicaid), вы можете претендовать на “Дополнительную помощь” от Medicare для оплаты расходов по плану обеспечения рецептурных лекарств. Поскольку вы участвуете в программе “Дополнительная помощь”, **некоторая информация этого Справочника страхователя о расходах на рецептурные лекарства Части D может не применяться по отношению к вам.** Мы выслали вам отдельную брошюру под названием *Справочник страхователя для людей, получающих “Дополнительную помощь” для оплаты рецептурных лекарств* (Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs, также известную как Low-Income Subsidy Rider или LIS Rider), в которой рассказывается о вашем лекарственном покрытии. Если у вас нет этой брошюры, позвоните в службу поддержки клиентов и попросите предоставить вам LIS Rider.

ГЛАВА 7:

*Как запросить у нас оплату
счёта, полученного вами за
покрываемые медицинские услуги
или лекарства*

РАЗДЕЛ 1 Ситуации, в которых вы должны запросить у нас оплату покрываемых услуг или лекарств

Поставщики нашей сети напрямую выставляют счета плану за ваши покрываемые услуги и лекарства — вы не должны получать счета за покрываемые услуги или лекарства. Если вы получили счёт за медицинское обслуживание или лекарства, которые вы принимали, вы должны отправить этот счёт нам, чтобы мы могли его оплатить. Когда вы отправите нам счёт, мы рассмотрим его и решим, должны ли услуги и лекарства быть покрыты. Если мы решим, что они должны быть покрыты, мы заплатим непосредственно поставщику.

Если вы уже заплатили за услугу или предмет Medicare, покрываемый планом, вы можете запросить у нас возврат денег (его часто называют **возмещением**). Вы имеете право на получение возмещения от нашего плана, если вы заплатили за медицинские услуги или лекарства, покрываемые им. Могут быть установлены сроки, в которые вы можете получить возмещение. См. раздел 2 этой главы. Когда вы отправите нам счёт, который уже оплатили, мы рассмотрим его и решим, должны ли услуги или лекарства быть покрыты. Если мы решим, что они должны быть покрыты, мы возместим вам стоимость услуг или лекарств.

Также могут возникнуть ситуации, когда вы получите от поставщика счёт на полную стоимость полученного вами медицинского обслуживания или, возможно, на сумму, превышающую вашу долю по распределению расходов, как указано в этом документе. Сначала попробуйте обсудить счёт с поставщиком. Если это не поможет, отправьте счёт нам, вместо того чтобы оплачивать его. Когда вы отправите нам счёт, мы рассмотрим его и решим, должны ли услуги быть покрыты. Если мы решим, что они должны быть покрыты, мы заплатим непосредственно поставщику. Если мы решим не платить, мы сообщим об этом поставщику. Вам никогда не следует платить больше разрешённой планом суммы по распределению расходов. Если с этим поставщиком заключён договор, вы всё равно имеете право на лечение.

Ниже приведены примеры ситуаций, в которых вам может понадобиться запросить у нашего плана возврат денег или оплатить полученный вами счёт:

1. Если вы получили экстренную или неотложную медицинскую помощь от поставщика, который не входит в сеть нашего плана

Вы можете получить экстренные или неотложные услуги у любого поставщика, независимо от того, входит ли он в нашу сеть. В таких случаях попросите поставщика услуг выставить счёт плану.

- Если вы сами оплатите всю сумму в момент получения услуг, попросите нас возместить вам расходы. Отправьте нам счёт вместе с документами о сделанных вами платежах.
- Вы можете получить от поставщика счёт с требованием оплатить то, что, по вашему мнению, вы не должны оплачивать. Отправьте нам этот счёт вместе с документами, подтверждающими все уже сделанные вами платежи.

Глава 7 Обращение к нам с просьбой оплатить нашу часть счёта, полученного вами за покрываемые медицинские услуги или лекарства

- Если поставщику необходимо что-то заплатить, мы заплатим непосредственно ему.
- Если вы уже заплатили за услугу, мы возместим вам её стоимость.

2. Когда сетевой поставщик услуг присылает вам счёт, который, по вашему мнению, вы не должны оплачивать

Поставщики, входящие в сеть, всегда должны выставлять счёт непосредственно плану. Но иногда они допускают ошибки и просят вас заплатить больше, чем ваша доля расходов.

- Когда вы получаете счёт от сетевого поставщика, отправьте его нам. Мы напрямую свяжемся с поставщиком и решим проблему с выставлением счёта.
- Если вы уже оплатили счёт сетевому поставщику услуг, отправьте нам этот счёт вместе с документами о сделанных вами платежах. Вы должны попросить нас вернуть вам разницу между суммой, которую вы заплатили, и суммой, которую вы должны были заплатить по плану.

3. Если вы включены в наш план задним числом

Иногда человека зачисляют в план задним числом. (Это означает, что первый день его зачисления уже прошёл. Дата зачисления могла наступить ещё в прошлом году.)

Если вы были зачислены в наш план задним числом и оплатили из собственных средств какие-либо покрываемые услуги или лекарства после даты зачисления, вы можете запросить у нас возмещение. Для получения возмещения вам необходимо предоставить такие документы, как квитанции и счета.

4. Когда вы получаете лекарство по рецепту в несетевой аптеке

Если вы обратитесь в несетевую аптеку, она, возможно, не сможет направить нам запрос напрямую. В этом случае вам придётся оплатить полную стоимость рецепта.

Сохраните квитанцию и отправьте нам копию, когда будете запрашивать возмещение. Помните, что мы покрываем аптеки, не входящие в сеть, только в ограниченных случаях. Эти случаи описаны в разделе 2.5 главы 5.

5. Когда вы оплачиваете полную стоимость рецепта, потому что у вас нет с собой карты участника плана

Если у вас нет с собой карточки участника плана, вы можете попросить аптеку позвонить в план или найти информацию о вашем участии в плане. Однако, если аптека не сможет сразу получить необходимую информацию о вашем участии, вам, возможно, придётся оплатить полную стоимость рецепта самостоятельно. Сохраните квитанцию и отправьте нам копию, когда будете запрашивать возмещение. Мы можем не вернуть вам всю уплаченную стоимость, если уплаченная вами наличная цена выше, чем наша договорная цена на рецептурное лекарство.

Глава 7 Обращение к нам с просьбой оплатить нашу часть счёта, полученного вами за покрываемые медицинские услуги или лекарства

6. Когда вы оплачиваете полную стоимость рецепта в других ситуациях

Возможно, вам придётся заплатить полную стоимость рецепта, если вы обнаружите, что лекарство по какой-то причине не покрывается планом.

- Например, лекарства может не быть в Списке лекарств плана или у него могут быть требования или ограничения, о которых вы не знали или считаете, что они к вам не относятся. Если вы примете решение получить лекарство немедленно, вам, возможно, придётся заплатить за него полную стоимость.
- Сохраните квитанцию и отправьте нам копию, когда будете запрашивать возмещение. В некоторых ситуациях нам может потребоваться дополнительная информация от вашего врача, чтобы возместить вам стоимость лекарства. Мы можем не вернуть вам всю уплаченную стоимость, если уплаченная вами наличная цена выше, чем наша договорная цена на рецептурное лекарство.

Когда вы отправите нам запрос на оплату, мы рассмотрим ваш запрос и решим, должна ли покрываться услуга или лекарство. Это называется принятием **решения о покрытии**. Если мы решим, что услуга или лекарство подлежат покрытию, мы оплатим их. Если мы отклоним ваш запрос на оплату, вы можете обжаловать наше решение. О том, как подать апелляцию, рассказано в главе 9 данного документа.

РАЗДЕЛ 2 Как обратиться к нам с запросом о возмещении или оплате полученного вами счёта

| | |
|------------|---|
| Раздел 2.1 | Как и куда отправить нам запрос на оплату |
|------------|---|

Вы можете попросить нас вернуть вам деньги, отправив нам запрос в письменном виде. Если вы отправите письменный запрос, приложите к нему свой счёт и документы обо всех сделанных вами платежах. Рекомендуется сделать копию счёта и квитанции и сохранить их на всякий случай. **Вы должны отправить нам запрос в течение 12 месяцев** момента получения услуги, предмета или лекарства.

Чтобы убедиться, что вы предоставили нам всю информацию, необходимую для принятия решения, вы можете заполнить нашу форму претензии, чтобы подать запрос на выплату.

- Вы не обязаны использовать форму (формы), но это поможет нам быстрее обработать информацию.
- Либо загрузите копию бланка с нашего сайта (www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms), либо позвоните в службу поддержки и попросите бланк.
- В заявках на рецептурные лекарства укажите следующее: название аптеки, адрес и номер телефона; номер рецепта; дату обслуживания; название лекарства; национальный код лекарства (national drug code, NDC); количество и дневной запас; имя поставщика; стоимость/ответственность участника.

Глава 7 Обращение к нам с просьбой оплатить нашу часть счёта, полученного вами за покрываемые медицинские услуги или лекарства

- В заявках на медицинские услуги и услуги в области поведенческого здоровья укажите следующее: имя, адрес и номер телефона поставщика; налоговый идентификатор; дату оказания услуги; диагноз; описание предмета и код процедуры (при наличии); любые медицинские записи, относящиеся к услуге; сумму начисления и оплаты.

Отправьте запрос на оплату вместе с любыми счетами или оплаченными квитанциями по этому адресу:

| Медицинские претензии | Заявления на рецептурные лекарства части D |
|---|--|
| Providence Health Assurance Attn: Claims P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125 | Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125 |

РАЗДЕЛ 3 Мы рассмотрим ваш запрос на оплату и ответим “да” или “нет”

Раздел 3.1 Мы проверяем, должны ли мы покрывать услугу или лекарство

Когда мы получим ваш запрос на оплату, мы сообщим вам, нужна ли нам какая-либо дополнительная информация. Если же нет, мы рассмотрим ваш запрос и примем решение о страховом покрытии.

- Если мы решим, что медицинская помощь или лекарство подлежат покрытию, и вы следовали всем правилам, мы оплатим услугу или лекарство. Если вы уже оплатили услугу или лекарство, мы вышлем вам возмещение нашей доли расходов по почте. Если вы оплатили полную стоимость лекарства, вам может быть возмещена не вся сумма, которую вы заплатили (например, если вы купили лекарство в аптеке, не входящей в сеть, или если наличная цена, которую вы заплатили за лекарство, выше, чем наша договорная цена). Если вы ещё не оплатили услугу или лекарство, мы отправим платёж непосредственно поставщику.
- Если мы решим, что медицинская помощь или лекарство *не подлежат покрытию*, или вы *не следовали* всем правилам, мы не оплатим такую помощь или лекарство. Мы пришлём вам письмо, в котором разъясним причины, по которым мы не отправляем платёж, и ваши права на обжалование этого решения.

**Глава 7 Обращение к нам с просьбой оплатить нашу часть счёта,
полученного вами за покрываемые медицинские услуги или
лекарства**

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 3.2 | Если мы сообщим вам, что не будем оплачивать медицинское обслуживание или лекарство, вы можете подать апелляцию |
|-------------------|--|

Если вы считаете, что мы допустили ошибку, отклонив ваш запрос на выплату, или ошиблись в сумме, которую мы выплачиваем, вы можете подать апелляцию. Если вы подаёте апелляцию, это означает, что вы просите нас изменить решение, которое мы приняли, отклонив ваш запрос на оплату. Подача апелляции — это формальный процесс с подробными процедурами и важными сроками. О том, как подать апелляцию, рассказано в главе 9 данного документа.

ГЛАВА 8:

Ваши права и обязанности

РАЗДЕЛ 1 Наш план должен уважать ваши права и культурные особенности как участника плана

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 1.1 | Мы должны предоставлять информацию в удобном для вас виде и с учётом ваших культурных особенностей (на языках, отличных от английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в других альтернативных форматах и т. д.) |
|-------------------|---|

Ваш план обязан обеспечить, чтобы все услуги, как клинические, так и неклинические, предоставлялись с учётом культурных особенностей и были доступны для всех участников плана, включая тех, кто плохо владеет английским языком, имеет ограниченные навыки чтения, плохо слышит или имеет различное культурное и этническое происхождение. Примеры того, как план может выполнить эти требования доступности, включают, но не ограничиваются предоставлением услуг переводчика, устного переводчика, телетайпа или подключения ТТУ (текстового телефона или телетайпа).

В нашем плане предусмотрены бесплатные услуги переводчиков, которые могут ответить на вопросы участников, не говорящих по-английски. Этот документ доступен бесплатно на испанском, вьетнамском и русском языках. Мы также можем бесплатно предоставить вам информацию, напечатанную шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах, если вам это необходимо. Мы обязаны предоставлять вам информацию о льготах плана в доступном и подходящем для вас формате. Чтобы получить от нас информацию в удобном для вас формате, обратитесь в службу поддержки клиентов.

Наш план обязан предоставлять женщинам возможность прямого доступа к специалисту по женскому здоровью в рамках сети для получения плановых и профилактических медицинских услуг.

Если поставщики, входящие в сеть плана по какой-либо специальности, недоступны, план несёт ответственность за поиск поставщиков, не входящих в сеть плана, которые предоставят вам необходимую помощь. В этом случае вы будете оплачивать только расходы по схеме обслуживания в сети. Если вы оказались в ситуации, когда в сети плана нет специалистов, покрывающих необходимую вам услугу, позвоните в план и узнайте, куда можно обратиться, чтобы получить эту услугу на условиях распределения расходов в сети.

Если у вас возникли проблемы с получением информации от нашего плана в доступном и подходящем для вас формате, посещением специалиста по женскому здоровью или поиском сетевого специалиста, обратитесь с жалобой в службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вы также можете подать жалобу в Medicare, позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) или непосредственно в Управление по гражданским правам, позвонив по телефону 1-800-368-1019 или TTY 1-800-537-7697.

| | |
|--------------------|---|
| Sección 1.1 | Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y conforme a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) |
|--------------------|---|

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español, vietnamita y ruso. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio al cliente.

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de las mujeres dentro de la red para servicios de atención médica preventivos y de rutina.

Si los proveedores de una especialidad determinada no se encuentran disponibles en la red del plan, es responsabilidad del plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, comuníquese con el plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante Servicio al cliente al 503-574-8000 o 1-800-603-2340 (TTY: 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Phần 1.1 **Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách phù hợp với quý vị và sự nhạy cảm về văn hóa của quý vị (bằng các ngôn ngữ không phải tiếng Anh, chữ nổi Braille, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v.)**

Chương trình của quý vị được yêu cầu để đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có thẩm quyền về văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả những người ghi danh, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ dịch thuật, dịch vụ thông dịch viên, máy điện báo ghi chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại nhắn tin hoặc máy đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời câu hỏi của các thành viên không nói tiếng Anh. Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt và tiếng Nga. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi Braille, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi được yêu cầu phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định dạng có thể truy cập được và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.

Chương trình của chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho những người ghi danh là nữ những tùy chọn tiếp cận trực tiếp với chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ và phòng ngừa cho phụ nữ.

Nếu các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình cung cấp một chuyên khoa không có sẵn, thì chương trình có trách nhiệm xác định các nhà cung cấp chuyên khoa ngoài mạng lưới mà sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ phải thanh toán chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị thấy mình ở trong tình huống không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chương trình cung cấp dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi cần đến để nhận dịch vụ này với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng có thể truy cập được và phù hợp với quý vị, vui lòng gọi để phàn nàn với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (TTY: 711). Quý vị cũng có thể khiếu nại đến Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc khiếu nại trực tiếp đến Văn Phòng Dân Quyền bằng cách gọi tới số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

SECTION 1 Our plan must honor your rights and cultural sensitivities as a member of the plan

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. This document is available for free in Spanish, Vietnamese, and Russian. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service.

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist, or finding a network specialist, please call to file a grievance with Customer Service at 503-574-8000 or 1-800-603-2340 (TTY: 711). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights by calling 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 1.2 | Мы должны обеспечить вам своевременный доступ к покрываемым услугам и лекарствам |
|-------------------|---|

Вы имеете право выбрать поставщика первичной медицинской помощи (PCP) в сети плана для предоставления и организации покрываемых услуг. Мы не требуем, чтобы вы получали направления для обращения к сетевым поставщикам услуг

Глава 8 Ваши права и обязанности

Вы имеете право записываться на приём и получать покрываемые услуги в рамках сети поставщиков плана *в пределах разумных сроков*. Это включает право на своевременное получение услуг специалистов, когда вы в них нуждаетесь. Вы также имеете право на получение лекарства по рецепту в любой из наших сетевых аптек без длительных задержек.

Если вы считаете, что не получаете медицинскую помощь или лекарства по программе Части D в разумные сроки, в главе 9 описано, что вы можете сделать.

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 1.3 | Мы должны обеспечивать конфиденциальность вашей личной медицинской информации |
|-------------------|--|

Федеральные законы и законы штата защищают конфиденциальность ваших медицинских карт и личной медицинской информации. Мы обеспечиваем защиту вашей личной медицинской информации в соответствии с требованиями этих законов.

- Ваша личная медицинская информация включает **личные данные**, которые вы предоставили нам при регистрации в этом плане, а также вашу медицинскую карту и другую медицинскую и врачебную информацию.
- У вас есть права, касающиеся вашей информации и контроля за тем, как используется ваша медицинская информация. Мы направляем вам письменное уведомление, называемое “*Уведомление о практике конфиденциальности*”, в котором рассказываем об этих правах и объясняем, как мы защищаем конфиденциальность вашей медицинской информации.

Как мы обеспечиваем защиту конфиденциальности вашей медицинской информации?

- Мы следим за тем, чтобы посторонние люди не увидели и не изменили хранящиеся данные о вас.
- За исключением обстоятельств, указанных ниже, если мы собираемся передать вашу медицинскую информацию кому-либо, кто не обеспечивает ваше лечение или не оплачивает его, *мы должны сначала получить письменное разрешение от вас или от лица, которому вы предоставили законные полномочия принимать решения за вас*.
- Существуют определённые исключения, для которых нам не нужно получать ваше письменное разрешение. Эти исключения разрешены или установлены законом.
 - Мы обязаны предоставлять медицинскую информацию государственным учреждениям, которые проверяют качество обслуживания.
 - Поскольку вы являетесь участником нашего плана через Medicare, мы обязаны предоставлять Medicare вашу медицинскую информацию, включая информацию о ваших рецептурных лекарствах по Части D. Если Medicare предоставит вашу информацию для исследований или других целей, это будет сделано в соответствии с федеральными законами и правилами; в

Глава 8 Ваши права и обязанности

основном, это требует, чтобы информация, идентифицирующая вашу личность, не передавалась.

Вы можете видеть информацию в своих записях и знать, каким образом она была передана другим людям

Вы имеете право ознакомиться со своими медицинскими записями, хранящимися в плане, и получить их копию. Мы имеем право взимать с вас плату за предоставление копий. Вы также имеете право попросить нас внести дополнения или исправления в вашу медицинскую карту. Если вы попросите нас об этом, мы вместе с вашим врачом решим, следует ли вносить изменения.

Вы имеете право знать, как ваша медицинская информация была передана другим лицам для любых целей, не связанных с обычной практикой.

Если у вас есть вопросы или опасения по поводу конфиденциальности вашей личной медицинской информации, позвоните в службу поддержки клиентов.

Полный объём нашей практики конфиденциальности описан в нашем Уведомлении о практике конфиденциальности, которое можно найти на сайте www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices и в конце руководства для новых участников.

Вы должны знать, что информация о вашем здоровье защищена и конфиденциальна. Компания Providence Health Assurance уважает частную жизнь своих клиентов и тщательно следит за тем, когда целесообразно передавать медицинскую информацию. Для получения более подробной информации ознакомьтесь с Уведомлением, размещённым на сайте www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices.

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 1.4 | Мы должны предоставить вам информацию о плане, его сети поставщиков и покрываемых услугах |
|-------------------|--|

Как участник плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), вы имеете право получать от нас различную информацию.

Если вам нужна любая из перечисленных ниже видов информации, обратитесь в службу поддержки клиентов:

- **Информация о нашем плане.** К ней относится, например информация о финансовом состоянии плана.
- **Информация о поставщиках и аптеках, входящих в нашу сеть.** Вы имеете право получить информацию о квалификации поставщиков и аптек в нашей сети и о том, как мы платим поставщикам в нашей сети.
- **Информация о вашем страховом покрытии и правилах, которым вы должны следовать при его использовании.** Главы 3 и 4 содержат информацию о

Глава 8 Ваши права и обязанности

медицинских услугах. Главы 5 и 6 содержат информацию о страховом покрытии рецептурных лекарств по Части D.

- **Информация о том, почему что-то не покрывается, и что вы можете с этим сделать.** В главе 9 содержится информация о том, как запросить письменное объяснение того, почему медицинская услуга или лекарство Части D не покрываются, или о том, почему ваше покрытие ограничено. В главе 9 также содержится информация о том, как обратиться к нам с запросом об изменении решения, что также называется апелляцией.

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 1.5 | Мы должны поддерживать ваше право на принятие решений об уходе за вами |
|-------------------|---|

Вы имеете право на ознакомление с вариантами лечения и участие в принятии решений, связанных с вашим медицинским обслуживанием

Вы имеете право получать полную информацию от своих врачей и других медицинских работников. Ваши поставщики должны объяснить вам состояние вашего здоровья и возможности выбора лечения *в доступной для вас форме*.

Вы также имеете право принимать полноценное участие в принятии решений, касающихся вашего медицинского обслуживания. Чтобы помочь вам вместе с врачами принять решение о том, какое лечение лучше для вас, ваши права включают следующее:

- **Ознакомиться со всеми вариантами.** Вы имеете право ознакомиться со всеми вариантами лечения, рекомендованными в связи с вашим заболеванием, независимо от того, сколько они стоят и покрываются ли нашим планом. Сюда также входит ознакомление с программами, которые предлагает наш план, чтобы помочь участникам управлять приёмом лекарств и безопасно их использовать.
- **Узнать о рисках.** Вы имеете право на получение информации о любых рисках, связанных с вашим лечением. Вас должны заранее предупредить, что предлагаемое медицинское обслуживание или лечение является частью исследовательского эксперимента. У вас всегда есть выбор отказаться от любого экспериментального лечения.
- **Право сказать “нет”.** Вы имеете право отказаться от любого рекомендованного лечения. Сюда входит право покинуть больницу или другое медицинское учреждение, даже если ваш врач советует вам не покидать его. Вы также имеете право прекратить приём лекарств. Конечно, если вы отказываетесь от лечения или прекращаете приём лекарств, вы принимаете на себя всю ответственность за то, что происходит с вашим организмом в результате этого.

Вы имеете право давать указания о том, что следует делать, если вы не будете в состоянии самостоятельно принимать медицинские решения

Иногда люди становятся неспособными самостоятельно принимать решения о медицинском обслуживании из-за несчастных случаев или серьёзных заболеваний. У вас

Глава 8 Ваши права и обязанности

есть право сообщить, что вы хотите, чтобы произошло, если вы окажетесь в такой ситуации. Это значит, что, *если захотите*, вы сможете:

- Заполнить письменную форму, чтобы предоставить кому-либо **законные полномочия принимать за вас медицинские решения**, если вы когда-нибудь станете неспособны принимать их самостоятельно.
- **Предоставить врачам письменные инструкции** о том, как они должны оказывать вам медицинскую помощь, если вы окажетесь не в состоянии самостоятельно принимать решения.

Юридические документы, которые вы можете использовать, чтобы заранее дать указания в таких ситуациях, называются **предварительными распоряжениями**. Существуют различные типы предварительных распоряжений и различные названия для них. Документы, называемые **прижизненным завещанием** и **доверенностью на медицинское обслуживание**, являются примерами предварительных распоряжений.

Если вы хотите использовать предварительное распоряжение, чтобы дать указания, вот что нужно сделать:

- **Получить форму.** Форму предварительного распоряжения можно получить у адвоката, социального работника или в некоторых магазинах канцелярских товаров. Иногда формы предварительных распоряжений можно получить в организациях, которые предоставляют людям информацию о Medicare.
- **Заполнить и подписать её.** Независимо от того, где вы получите эту форму, помните, что она является юридическим документом. Вам следует обратиться к юристу за помощью в её составлении.
- **Предоставить копии соответствующим людям.** Вы должны передать копию формы своему врачу и указанному в форме человеку, который будет принимать за вас решения, если вы не сможете. Возможно, вы захотите предоставить копии близким друзьям или членам семьи. Храните копию дома.

Если вы заранее знаете, что вас собираются госпитализировать, и подписали предварительное распоряжение, **возьмите его копию с собой в больницу.**

- В больнице вас спросят, подписали ли вы форму предварительного распоряжения и имеется ли она у вас при себе.
- Если вы не подписали форму предварительного распоряжения, в больнице имеются соответствующие бланки, и вас спросят, хотите ли вы подписать такую форму.

Помните, что вы сами решаете, заполнять ли вам предварительное распоряжение (в том числе подписывать ли его, если вы находитесь в больнице). Согласно закону, никто не может отказать вам в медицинской помощи или дискриминировать вас на основании того, подписали ли вы предварительное распоряжение или нет.

Глава 8 Ваши права и обязанности**Что делать, если ваши инструкции не соблюдаются?**

Если вы подписали предварительное распоряжение и считаете, что врач или больница не выполнили содержащиеся в нём указания, вы можете подать жалобу в:

Oregon Health Authority
Health Care Regulation and Quality Improvement
800 NE Oregon Street, Suite 465
Portland, OR 97232
Телефон: 971-673-0540
TTY: 711

Раздел 1.6 Вы имеете право подавать жалобы и просить нас пересмотреть принятые нами решения

Если у вас возникли проблемы, опасения или жалобы, и вам нужно запросить страховое покрытие или подать апелляцию, в главе 9 этого документа рассказывается, что вы можете сделать. Что бы вы ни делали— запрашивали решение о страховом покрытии, подавали апелляцию или жалобу— **мы обязаны относиться к вам справедливо.**

Раздел 1.7 Что вы можете сделать, если считаете, что с вами обращаются несправедливо или ваши права не соблюдаются?**Если речь идёт о дискриминации, позвоните в Управление по гражданским правам**

Если вы считаете, что с вами обошлись несправедливо или ваши права не были соблюдены из-за вашей расы, инвалидности, религии, пола, состояния здоровья, этнической принадлежности, вероисповедания (убеждений), возраста, сексуальной ориентации или национального происхождения, вам следует позвонить в **Управление по гражданским правам** Министерства здравоохранения и социальных служб по телефону 1-800-368-1019 или TTY 1-800-537-7697 или позвонить в местное Управление по гражданским правам.

Дело в чём-то другом?

Если вы считаете, что с вами обошлись несправедливо или ваши права не были соблюдены, *и это не связано с дискриминацией*, вы можете получить помощь в решении возникшей проблемы:

- Вы можете **позвонить в службу поддержки клиентов.**
- Вы можете **позвонить в SHIP.** Для получения подробной информации перейдите в раздел 3 главы 2.

Глава 8 Ваши права и обязанности

- Или **вы можете позвонить в Medicare** по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (TTY 1-877-486-2048).

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 1.8 | Как получить дополнительную информацию о своих правах |
|-------------------|--|

Есть несколько мест, где вы можете получить дополнительную информацию о своих правах:

- Вы можете **позвонить в службу поддержки клиентов**.
- Вы можете **позвонить в SHIP**. Для получения подробной информации перейдите в раздел 3 главы 2.
- Вы можете обратиться в **Medicare**.
 - Вы можете посетить сайт Medicare, чтобы прочитать или загрузить публикацию “*Права и защита Medicare*”. (Публикация выложена по ссылке: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - Или вы можете позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (TTY 1-877-486-2048).

РАЗДЕЛ 2 У вас есть некоторые обязанности как у участника плана

Ниже перечислены действия, которые вам необходимо предпринять в качестве участника плана. Если у вас возникли вопросы, звоните в службу поддержки клиентов.

- **Ознакомьтесь с покрываемыми услугами и правилами, которым вы должны следовать, для получения этих покрываемых услуг.** Используйте этот *Справочник страхователя*, чтобы узнать, что входит в страховое покрытие и какие правила нужно соблюдать, чтобы получить покрываемые услуги.
 - Главы 3 и 4 содержат подробную информацию о ваших медицинских услугах.
 - Главы 5 и 6 содержат подробную информацию о страховом покрытии рецептурных лекарств по Части D.
- **Если в дополнение к нашему плану у вас есть другая медицинская страховка или страховка на рецептурные лекарства, вы должны сообщить нам об этом.** Глава 1 рассказывает о том, как координировать эти льготы.
- **Сообщите своему врачу и другим поставщикам медицинских услуг, что вы являетесь участником нашего плана.** Предъявите карту участника плана и карту Oregon Health Plan (Medicaid) при получении медицинского обслуживания или рецептурных лекарств Части D.

Глава 8 Ваши права и обязанности

- **Помогите своим врачам и другим поставщикам услуг помочь вам, предоставляя им информацию, задавая вопросы и следя за своим лечением.**
 - Чтобы получить наилучший уход, рассказывайте врачам и другим медицинским работникам о своих проблемах со здоровьем. Следуйте планам лечения и инструкциям, которые вы согласовали со своими врачами.
 - Убедитесь, что ваши врачи знают обо всех лекарствах, которые вы принимаете, включая безрецептурные препараты, витамины и пищевые добавки.
 - Если у вас возникнут вопросы, обязательно задайте их и получите ответ, который будет вам понятен.
- **Будьте внимательны.** Мы ожидаем, что все наши участники будут уважать права других пациентов. Мы также ожидаем, что вы будете вести себя так, чтобы способствовать бесперебойной работе кабинета врача, больниц и других учреждений.
- **Заплатите то, что должны.** Как участник плана, вы несёте ответственность за следующие платежи
 - Вы должны продолжать платить страховые взносы в Medicare, чтобы оставаться участником плана.
 - Если вы обязаны платить дополнительную сумму за Часть D из-за более высокого дохода (как указано в вашей последней налоговой декларации), вы должны продолжать платить дополнительную сумму непосредственно государству, чтобы оставаться участником плана.
- **Если вы переезжаете *в пределах* зоны обслуживания нашего плана, нам необходимо знать об этом,** чтобы мы могли обновить вашу учётную запись и знать, как с вами связаться.
- **Если вы переезжаете *за пределы* зоны обслуживания нашего плана, вы не сможете оставаться участником нашего плана.**
- Если вы переезжаете, важно также сообщить об этом в Службу социального обеспечения (или в Совет по делам пенсионеров-железнодорожников (Railroad Retirement Board)).

ГЛАВА 9:

*Что делать, если у вас возникли
проблемы
или жалоба (решения о покрытии,
апелляции, жалобы)*

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)**РАЗДЕЛ 1 Введение****Раздел 1.1 Что делать, если у вас возникли проблемы или беспокойства**

В этой главе описаны процессы решения проблем и устранения беспокойств. Процесс, который вы используете для решения своей проблемы, зависит от двух вещей:

1. **Каасается ли ваша проблема льгот, покрываемых Medicare или Oregon Health Plan (Medicaid).** Если вам нужна помощь в принятии решения о том, использовать ли процесс Medicare или Medicaid, или оба эти процесса, обратитесь в службу поддержки клиентов.
2. **Типа проблемы, с которой вы столкнулись:**
 - Для решения некоторых проблем вам необходимо воспользоваться **процессом принятия решений о покрытии и подачи апелляций.**
 - Для решения других проблем вам необходимо воспользоваться **процессом подачи жалоб**, которые также называются “претензиями”.

Эти процессы были одобрены Medicare. Каждый процесс имеет ряд правил, процедур и сроков, которые должны соблюдаться как нами, так и вами.

Руководство в разделе 3 поможет вам определить, какой процесс следует использовать и что для этого нужно сделать.

Раздел 1.2 Как насчёт юридических терминов?

В этой главе приведены некоторые юридические термины, обозначающие правила, процедуры и виды сроков. Многие из этих терминов незнакомы большинству людей и могут быть сложны для понимания. Чтобы упростить задачу, в этой главе:

- Используются более простые слова вместо некоторых юридических терминов. Например, в этой главе обычно говорится о подаче жалобы, а не о подаче претензии, о решении о покрытии, а не об установлении покрытия, определении покрытия или определении риска, и о независимой экспертной организации вместо службы независимой экспертизы.
- Кроме того, в ней как можно реже используются аббревиатуры.

Тем не менее, вам будет полезно, а иногда и очень важно, знать правильные юридические термины. Знание того, какие термины следует использовать, поможет вам общаться более корректно, чтобы получить нужную помощь или информацию в соответствии с вашей ситуацией. Чтобы помочь вам понять, какие термины следует использовать, мы включаем юридические термины, когда рассказываем о том, как действовать в конкретных ситуациях.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

РАЗДЕЛ 2 Где получить дополнительную информацию и индивидуальную помощь

Мы всегда готовы вам помочь. Даже если у вас есть жалоба на наше отношение к вам, мы обязаны соблюдать ваше право на подачу жалобы. Поэтому всегда обращайтесь за помощью в службу поддержки клиентов. Но в некоторых ситуациях вам может понадобиться помощь или руководство от человека, который не связан с нами. Ниже приведены две организации, которые могут вам помочь.

Государственная программа помощи по медицинскому страхованию (SHIP)

В каждом штате есть государственная программа, в рамках которой работают консультанты, прошедшие обучение. Программа не связана ни с нами, ни с какой-либо страховой компанией или медицинским планом. Консультанты этой программы помогут вам понять, какой процесс следует использовать для решения возникшей у вас проблемы. Они также могут ответить на ваши вопросы, предоставить дополнительную информацию и подсказать, что делать.

Услуги консультантов SHIP бесплатны. Номера телефонов и URL-адреса сайтов вы найдёте в разделе 3 главы 2 этого документа.

Medicare

Вы также можете обратиться за помощью в Medicare. Чтобы связаться с Medicare:

- Вы можете звонить по номеру телефона 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Вы также можете посетить сайт Medicare (www.medicare.gov).

Вы можете получить помощь и информацию от Oregon Health Plan (Medicaid)

| Метод | Oregon Health Plan (Medicaid) – контактная информация |
|-----------------|--|
| ЗВОНОК | 1-800-273-0557 Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 5 р.м. (Тихоокеанское время), с понедельника по пятницу. |
| ТТУ | 711 |
| НАПИСАТЬ | Oregon Health Plan (OHP) PO Box 14015 Salem, OR 97309 |
| САЙТ | www.oregon.gov/oha/healthplan |

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

РАЗДЕЛ 3 Какой процесс следует использовать для решения проблемы?

Поскольку у вас есть Medicare и вы получаете помощь от Oregon Health Plan (Medicaid), у вас есть разные процедуры для рассмотрения проблем и жалоб. Выбор используемого процесса зависит от того, касается ли проблема льгот Medicare или льгот Oregon Health Plan (Medicaid). Если ваша проблема связана со льготой, покрываемой Medicare, то вам следует воспользоваться процессом Medicare. Если ваша проблема связана со льготой, покрываемой Oregon Health Plan (Medicaid), то вам следует воспользоваться процессом Oregon Health Plan (Medicaid). Если вам нужна помощь в принятии решения о том, использовать ли процесс Medicare или Oregon Health Plan (Medicaid), обратитесь в службу поддержки клиентов.

Процесс Medicare и процесс Oregon Health Plan (Medicaid) описаны в разных частях этой главы. Чтобы узнать, какую часть вам следует прочесть, воспользуйтесь приведённой ниже таблицей.

Ваша проблема связана со льготами Medicare или льготами Oregon Health Plan (Medicaid)?

Если вам нужна помощь в принятии решения о том, относится ли ваша проблема ко льготам Medicare или ко льготам Medicaid, обратитесь в службу поддержки клиентов.

Моя проблема связана со льготами **Medicare**.

Перейдите к следующему разделу этой главы, **раздел 4 “Решение проблем, связанных с вашими льготами Medicare”**.

Моя проблема связана с покрытием **Oregon Health Plan (Medicaid)**.

Перейдите к **разделу 12** этой главы, **Решение проблем, связанных с вашими льготами Oregon Health Plan (Medicaid)**.

ПРОБЛЕМЫ С ВАШИМИ ЛЬГОТАМИ MEDICARE

РАЗДЕЛ 4 Решение проблем, связанных с вашими льготами Medicare

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 4.1 | Должны ли вы использовать процесс для принятия решений о покрытии и подачи апелляций? Или вам следует воспользоваться процессом подачи жалоб? |
|-------------------|--|

Если у вас возникла проблема или беспокойство, вам нужно прочесть только те части этой главы, которые относятся к вашей ситуации. Приведённая ниже таблица поможет найти нужный раздел этой главы для решения проблем или жалоб, связанных со **льготами, покрываемыми Medicare**.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

Чтобы понять, какая часть этой главы поможет вам решить вашу проблему или беспокойство по поводу ваших льгот по **Medicare**, воспользуйтесь этой схемой:

Ваша проблема или беспокойство связаны с вашими льготами или покрытием?

Сюда входят проблемы, связанные с тем, покрывается или нет медицинское обслуживание (медицинские товары, услуги и/или рецептурные лекарства Части В), как оно покрывается, а также проблемы, связанные с оплатой медицинского обслуживания.

Да.

Перейдите к следующему разделу этой главы, **раздел 5, “Руководство по основам решений о покрытии и апелляциях”**.

Нет.

Перейдите к **разделу 11** в конце этой главы: **“Как подать жалобу на качество обслуживания, время ожидания, обслуживание клиентов или другие проблемы”**.

РАЗДЕЛ 5 Руководство по основам решений о покрытии и апелляциях

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 5.1 | Запросы на решения о страховом покрытии и подача апелляций: общая картина |
|-------------------|--|

Решения о покрытии и апелляции касаются проблем, связанных с вашими льготами и покрытием медицинского обслуживания (услуги, предметы и рецептурные лекарства Части В, включая оплату). Для простоты мы обычно называем медицинские товары, услуги и рецептурные лекарства Части В Medicare **медицинским обслуживанием**. Вам необходимо использовать процесс принятия решения о покрытии и подачи апелляции для решения вопросов о том, покрывается ли что-либо или нет, а также о том, каким образом это покрывается.

Обращение за решением о страховом покрытии до получения льгот

Решение о страховом покрытии — это решение, которое мы принимаем о ваших льготах и страховом покрытии или о сумме, которую мы заплатим за ваше медицинское обслуживание. Например, если ваш врач, входящий в сеть плана, направляет вас к медицинскому специалисту, не входящему в сеть, такое направление рассматривается как подлежащее принятию положительного решения о покрытии, если только ваш врач, входящий в сеть, не подтвердит, что вы получили стандартное уведомление об отказе в

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

услуге этого медицинского специалиста, или если в *Справочнике страхователя* не будет чётко указано, что данная услуга не покрывается ни при каких условиях. Вы или ваш врач также можете связаться с нами и попросить принять решение о покрытии, если ваш врач не уверен, что мы покроем определённую медицинскую услугу, или отказывается предоставить медицинскую помощь, которая, по вашему мнению, вам необходима. Другими словами, если вы хотите узнать, будем ли мы покрывать медицинскую помощь до того, как вы её получите, вы можете попросить нас принять для вас решение о покрытии. В редких случаях запрос на решение о страховом покрытии будет отклонён, что означает, что мы не будем рассматривать этот запрос. Запрос может быть отклонён, например если он неполный, если кто-то подаёт запрос от вашего имени, но не имеет на это законных полномочий, или если вы просите отозвать свой запрос. Если мы отклоним запрос на решение о страховом покрытии, мы отправим уведомление, в котором объясним, почему запрос был отклонён и как подать запрос на пересмотр решения об отклонении.

Мы принимаем решение о страховом покрытии за вас всякий раз, когда решаем, что для вас покрывается и сколько мы платим. В некоторых случаях мы можем решить, что медицинское обслуживание не покрывается или больше не покрывается Medicare для вас. Если вы не согласны с таким решением о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию.

Подача апелляции

Если в результате принятого нами решения о страховом покрытии вы останетесь недовольны, независимо от ситуации, до или после получения пособия, вы можете **подать апелляцию** на это решение. Апелляция — это официальный способ попросить нас пересмотреть и изменить принятое нами решение о страховом покрытии. При определённых обстоятельствах, которые мы обсудим далее, вы можете подать ускоренную или **быструю апелляцию** на решение о страховом покрытии. Ваша апелляция рассматривается другими экспертами, а не теми, кто принимал первоначальное решение.

Если вы обжалуете решение впервые, это называется апелляцией 1-го уровня. В этой апелляции мы рассматриваем принятое нами решение о страховом покрытии, чтобы удостовериться, что мы должным образом следовали правилам. По завершении рассмотрения мы сообщим вам наше решение.

В редких случаях запрос на апелляцию 1-го уровня может быть отклонён, что означает, что мы не будем рассматривать этот запрос. Запрос может быть отклонён, например если он неполный, если кто-то подаёт запрос от вашего имени, но не имеет на это законных полномочий, или если вы просите отозвать свой запрос. Если мы отклоним запрос на апелляцию 1-го уровня, мы отправим уведомление, в котором объясним, почему запрос был отклонён и как подать запрос на пересмотр отклонения.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

Если мы откажем полностью или частично в вашей апелляции 1-го уровня на медицинское обслуживание, ваша апелляция автоматически перейдёт на апелляцию 2-го уровня, проводимую независимой экспертной организацией, которая не связана с нами.

- Вам не нужно ничего делать, чтобы начать рассмотрение апелляции 2-го уровня. Согласно правилам Medicare, мы автоматически отправляем вашу апелляцию на медицинское обслуживание на 2-й уровень, если мы не полностью согласны с вашей апелляцией на 1-м уровне.
- Более подробно об апелляциях 2-го уровня на медицинское обслуживание рассказано в **разделе 6.4** данной главы.
- Апелляции по Части D рассматриваются далее в разделе 7 этой главы.

Если вы не удовлетворены решением, принятым на 2-м уровне апелляции, вы можете продолжить рассмотрение апелляции на других уровнях (в разделе 10 этой главы описаны процессы подачи апелляций на 3, 4 и 5-м уровнях).

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 5.2 | Как получить помощь, когда вы запрашиваете решение о страховом покрытии или подаёте апелляцию |
|-------------------|--|

Вот ресурсы, если вы решите запросить какое-либо решение о страховом покрытии или подать апелляцию на решение:

- Вы можете **позвонить в службу поддержки клиентов**.
- Вы можете **получить бесплатную помощь** от Государственной программы помощи по медицинскому страхованию.
- **Ваш врач может сделать для вас запрос**. Если ваш врач помогает подать апелляцию, после 2-го уровня он должен быть назначен вашим представителем. Позвоните в службу поддержки клиентов и попросите заполнить форму *Назначение представителя (Appointment of Representative)*. (Форму также можно найти на сайте Medicare по адресу www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или на нашем сайте по адресу www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms.)
 - В случае медицинского обслуживания ваш врач может запросить решение о покрытии или подать апелляцию 1-го уровня от вашего имени. Если ваша апелляция была отклонена на 1-м уровне, она будет автоматически переведена на 2-й уровень.
 - Для рецептурных лекарств Части D ваш врач или другой назначающий врач может запросить решение о покрытии или подать апелляцию 1-го уровня от вашего имени. Если ваша апелляция 1-го уровня отклонена, ваш врач или назначающее лицо может подать апелляцию 2-го уровня.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

- **Вы можете попросить кого-нибудь действовать от вашего имени.** При желании вы можете назначить другого человека своим **представителем** для получения решения о страховом покрытии или подачи апелляции.
 - Если вы хотите, чтобы друг, родственник или другой человек стал вашим представителем, позвоните в службу поддержки клиентов и попросите заполнить форму *Назначение представителя (Appointment of Representative)*. (Форму также можно найти на сайте Medicare по адресу www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf или на нашем сайте по адресу www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms.) Форма даёт этому человеку разрешение действовать от вашего имени. Она должна быть подписана вами и человеком, которого вы хотите назначить своим представителем. Вы должны предоставить нам копию подписанной формы.
 - Хотя мы можем принять запрос на апелляцию без формы, мы не можем начать или завершить рассмотрение, пока не получим её. Если мы не получим форму до истечения срока принятия решения по вашей апелляции, ваш запрос будет отклонен. Если это произойдёт, мы отправим вам письменное уведомление с разъяснением вашего права обратиться в независимую экспертную организацию для пересмотра нашего решения об отклонении вашей апелляции.
- **Вы также имеете право нанять адвоката.** Вы можете обратиться к своему адвокату или узнать имя адвоката в местной коллегии адвокатов или другой справочной службе. Существуют также группы, которые предоставят вам бесплатные юридические услуги, если вы соответствуете требованиям. Однако, **вам не обязательно нанимать адвоката**, чтобы запросить любое решение о страховом покрытии или обжаловать его.

Раздел 5.3

В каком разделе этой главы содержится подробная информация для вашей ситуации?

Существует четыре различные ситуации, связанные с решениями о страховом покрытии и апелляциями. Поскольку в каждой ситуации действуют свои правила и сроки, мы приводим подробности для каждой из них в отдельном разделе:

- **Раздел 6** этой главы: ваше медицинское обслуживание: Как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию.
- **Раздел 7** этой главы: ваши рецептурные лекарства Части D: как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию
- **Раздел 8** этой главы: Как попросить нас оплатить более длительное пребывание в стационаре, если вы считаете, что врач выписывает вас слишком рано.
- **Раздел 9** этой главы: Как попросить нас продолжить покрытие некоторых медицинских услуг, если вы считаете, что ваше покрытие заканчивается слишком рано (*относится только к этим услугам*: медицинский уход на дому, уход в

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

учреждении квалифицированного сестринского ухода и услуги комплексного амбулаторного реабилитационного учреждения (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF))

Если вы не уверены, какой раздел вам следует использовать, позвоните в службу поддержки клиентов. Вы также можете получить помощь или информацию в государственных организациях, таких как Государственная программа помощи по медицинскому страхованию.

РАЗДЕЛ 6 Ваше медицинское обслуживание: Как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию относительно решения о страховом покрытии

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 6.1 | В этом разделе рассказывается о том, что делать, если у вас возникли проблемы с получением покрытия за медицинское обслуживание, или если вы хотите, чтобы мы возместили вам расходы на лечение |
|-------------------|--|

Этот раздел посвящён вашим льготам на медицинское обслуживание. Эти льготы описаны в главе 4 данного документа: *Таблица медицинских льгот (что покрывается)*. В некоторых случаях к запросу на рецептурное лекарство Части В применяются различные правила. В этих случаях мы объясним, чем правила для рецептурных лекарств Части В отличаются от правил для медицинских товаров и услуг.

В этом разделе рассказывается, что делать, если вы попали в одну из пяти следующих ситуаций:

1. Вы не получаете определённую медицинскую помощь, которая вам нужна, и считаете, что эта помощь покрывается нашим планом. **Запросите решение о страховом покрытии. Раздел 6.2.**
2. Наш план не одобряет медицинское обслуживание, которое хочет предоставить вам ваш врач или другой поставщик медицинских услуг, а вы считаете, что это обслуживание покрывается планом. **Запросите решение о страховом покрытии. Раздел 6.2.**
3. Вы получили медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, должно быть покрыто планом, но мы сообщили, что не будем оплачивать это обслуживание. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**
4. Вы получили и оплатили медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, должно быть покрыто планом, и хотите попросить наш план возместить вам расходы на это обслуживание. **Отправьте нам счёт. Раздел 6.5.**

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

5. Вам говорят, что покрытие определённого медицинского обслуживания, которое вы получали и которое мы ранее одобрили, будет сокращено или прекращено, и вы считаете, что сокращение или прекращение такого обслуживания может нанести вред вашему здоровью. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**

Примечание: Если покрытие, которое будет прекращено, распространяется на больничное обслуживание, медицинское обслуживание на дому, услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода или услуги комплексного амбулаторного реабилитационного учреждения (CORF), вам необходимо ознакомиться с разделами 8 и 9 данной главы. К этим видам обслуживания применяются особые правила.

Раздел 6.2 Пошаговое руководство: как запросить решение о страховом покрытии

Юридические термины

Когда решение о страховом покрытии касается вашего медицинского обслуживания, оно называется **установлением покрытия**.

Быстрое решение о покрытии называется **ускоренным принятием решения**.

Шаг 1: решите, нужно ли вам стандартное решение о покрытии или быстрое решение о покрытии.

Стандартное решение о покрытии обычно принимается в течение 14 дней или 72 часов для лекарств Части В. Быстрое решение о покрытии обычно принимается в течение 72 часов для медицинских услуг или 24 часов для лекарств Части В. Для получения быстрого решения о покрытии вы должны соответствовать двум требованиям:

- Вы можете *запросить только* покрытие медицинских предметов и/или услуг (не запрашивать оплату уже полученных предметов и/или услуг).
- Вы можете получить быстрое решение о покрытии, *только* если использование стандартных сроков может *нанести серьёзный вред вашему здоровью или нанести ущерб вашей жизнедеятельности*.
- Если ваш врач сообщит нам, что ваше здоровье требует принятия быстрого решения о покрытии, мы автоматически согласимся предоставить вам быстрое решение о покрытии.
- Если вы сами, без поддержки вашего врача, попросите о принятии решения о покрытии, мы определим, требует ли ваше здоровье, чтобы мы приняли быстрое решение о покрытии. Если мы не одобрим быстрое решение о покрытии, мы отправим вам письмо, в котором:
 - Указано, что мы будем использовать стандартные сроки.
 - Указано, что если ваш врач запросит принять быстрое решение о покрытии, мы автоматически предоставим вам быстрое решение о покрытии.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

- Указано, что вы можете подать быструю жалобу на наше решение предоставить вам стандартное решение о покрытии вместо быстрого решения о покрытии, о котором вы просили.

Шаг 2: попросите наш план принять решение о страховом покрытии или ускорить принятие решения о страховом покрытии.

- Начните с того, что позвоните, напишите или отправьте по факсу запрос в наш план, чтобы мы разрешили или обеспечили покрытие медицинского обслуживания, которое вы хотите получить. Это можете сделать вы, ваш врач или ваш представитель. Контактная информация приведена в главе 2.

Шаг 3: мы рассмотрим ваш запрос на покрытие медицинского обслуживания и предоставим вам ответ.

Для стандартных решений о покрытии мы используем стандартные сроки.

Это означает, что мы дадим вам ответ в течение **14 календарных дней** после получения вашего запроса **на медицинские товары или услуги**. Если ваш запрос касается **рецептурного лекарства по Части В Medicare**, мы предоставим вам ответ в течение **72 часов** после получения вашего запроса.

- **Однако**, если вы попросите больше времени, или если нам понадобится дополнительная информация, которая может быть полезной для вас, **мы можем выделить ещё до 14 календарных дней**, если ваш запрос касается медицинского товара или услуги. Если нам потребуются дополнительные дни, мы сообщим вам об этом в письменном виде. Мы не можем потратить дополнительное время на принятие решения, если ваш запрос касается рецептурного лекарства по Части В Medicare.
- Если вы считаете, что мы *не* должны использовать дополнительные дни, вы можете подать быструю жалобу. Мы предоставим вам ответ на вашу жалобу, как только примем решение. (Процесс подачи жалобы отличается от процесса принятия решений о страховом покрытии и подачи апелляций. О жалобах рассказано в разделе 11 этой главы.)

Для быстрых решений о покрытии мы используем ускоренные сроки.

Быстрое решение о покрытии означает, что мы ответим в течение **72 часов**, если ваш запрос касается медицинского товара или услуги. Если ваш запрос касается **рецептурного лекарства по Части В Medicare**, мы ответим в течение **24 часов**.

- **Однако**, если вы попросите больше времени, или если нам понадобится дополнительная информация, которая может быть полезной для вас, **мы можем выделить ещё до 14 календарных дней**. Если нам потребуются дополнительные дни, мы сообщим вам об этом в письменном виде. Мы не можем потратить дополнительное время на принятие решения, если ваш запрос касается рецептурного лекарства по Части В Medicare.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

- Если вы считаете, что мы *не* должны использовать дополнительные дни, вы можете подать быструю жалобу. (О жалобах рассказано в разделе 11 этой главы.) Мы позвоним вам, как только примем решение.
- Если мы ответим “нет” на весь запрос или его часть, мы отправим вам письменное уведомление, в котором объясним, почему мы ответили “нет”.

Шаг 4: если мы откажем вам в покрытии медицинского обслуживания, вы можете подать апелляцию.

Если мы откажем, вы имеете право запросить у нас пересмотр этого решения, подав апелляцию. Это означает, что нужно снова обратиться для получения покрытия медицинского обслуживания, которое вы хотите получить. Если вы подали апелляцию, это означает, что вы переходите на 1-й уровень апелляционного процесса.

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 6.3 | Пошаговое руководство: как подать апелляцию 1-го уровня |
|-------------------|--|

Юридические термины

Апелляция по поводу решения плана о покрытии медицинского обслуживания называется **пересмотром**.

Быстрая апелляция также называется **ускоренным пересмотром**.

Шаг 1: решите что вам нужно — стандартная или быстрая апелляция.

Стандартная апелляция обычно подаётся в течение 30 календарных дней или 7 календарных дней для лекарств Части В. Быстрая апелляция обычно подаётся в течение 72 часов.

- Если вы подаёте апелляцию на принятое нами решение о покрытии услуг, которые вы ещё не получили, вы и/или ваш врач должны решить, нужна ли вам быстрая апелляция. Если ваш врач сообщит нам, что ваше здоровье требует быстрой апелляции, мы предоставим вам быструю апелляцию.
- Требования для получения быстрой апелляции такие же, как и для получения быстрого решения по покрытию в разделе 6.2 этой главы.

Шаг 2: Запросите у нашего плана апелляцию или быструю апелляцию

- Если вы подаёте стандартную апелляцию, подайте её в письменном виде. Контактная информация приведена в главе 2.
- Если вы запрашиваете быструю апелляцию, подайте её в письменном виде или позвоните нам. Контактная информация приведена в главе 2.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

- **Вы должны подать апелляцию в течение 65 календарных дней** с даты, указанной в письменном уведомлении, которое мы отправили вам, чтобы сообщить наш ответ по решению о страховом покрытии. Если вы пропустили этот срок и у вас есть уважительная причина, объясните причину задержки подачи апелляции, когда будете её подавать. Мы можем дать вам больше времени на подачу апелляции. Примерами уважительной причины могут быть серьёзная болезнь, из-за которой вы не смогли связаться с нами, или если мы предоставили вам неверную или неполную информацию о крайнем сроке подачи апелляции.
- **Вы можете запросить копию информации, касающейся вашего медицинского решения. Вы и ваш врач можете добавить дополнительную информацию в поддержку своей апелляции.**

Шаг 3: мы рассмотрим вашу апелляцию и предоставим ответ.

- Когда мы рассматриваем вашу апелляцию, мы внимательно изучаем всю информацию. Мы проверяем, соблюдались ли все правила, когда мы отказали вам в удовлетворении вашего запроса.
- При необходимости мы соберём дополнительную информацию, возможно, свяжемся с вами или вашим врачом.

Сроки подачи быстрой апелляции

- Для быстрых апелляций мы должны предоставить вам ответ **в течение 72 часов после получения вашей апелляции**. Мы предоставим вам ответ раньше, если этого требует ваше здоровье.
 - Если вы попросите больше времени, или если нам понадобится дополнительная информация, которая может быть полезной для вас, **мы можем выделить ещё до 14 календарных дней**, если ваш запрос касается медицинского товара или услуги. Если нам потребуются дополнительные дни, мы сообщим вам об этом в письменном виде. Мы не можем выделить дополнительное время, если ваш запрос касается рецептурного лекарства по Части В Medicare.
 - Если мы не предоставим ответ в течение 72 часов (или к концу продлённого срока, если мы взяли дополнительные дни), мы обязаны автоматически отправить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассмотрен независимой экспертной организацией. В разделе 6.4 описан процесс подачи апелляции 2-го уровня.
- **Если мы ответим “да” на весь запрос или его часть**, мы должны разрешить или предоставить покрытие, которое мы согласились предоставить, в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- **Если мы ответим “нет” на весь запрос или его часть**, мы отправим вам письменное уведомление и автоматически отправим вашу апелляцию независимой экспертной организации для апелляции 2-го уровня. Независимая экспертная организация уведомит вас в письменном виде о получении вашей апелляции.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

Сроки подачи стандартной апелляции

- Для стандартных апелляций мы должны предоставить ответ **в течение 30 календарных дней** после получения вашей апелляции. Если ваш запрос касается рецептурного лекарства по Части В Medicare, которое вы ещё не получили, мы предоставим ответ **в течение 7 календарных дней** после получения вашего запроса. Мы предоставим решение раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
 - **Однако**, если вы попросите больше времени, или если нам понадобится дополнительная информация, которая может быть полезной для вас, **мы можем выделить ещё до 14 календарных дней**, если ваш запрос касается медицинского товара или услуги. Если нам потребуются дополнительные дни, мы сообщим вам об этом в письменном виде. Мы не можем потратить дополнительное время на принятие решения, если ваш запрос касается рецептурного лекарства по Части В Medicare.
 - Если вы считаете, что мы *не* должны использовать дополнительные дни, вы можете подать “быструю жалобу”. Если вы подадите быструю жалобу, мы предоставим ответ на неё в течение 24 часов. (О жалобах рассказано в разделе 11 этой главы.)
 - Если мы не предоставим ответ в установленный срок (или по истечении продлённого периода времени), мы направим ваш запрос на апелляцию 2-го уровня, где его рассмотрит независимая экспертная организация. В разделе 5.4 описан процесс подачи апелляции 2-го уровня.
- **Если мы ответим “да” на весь запрос или его часть**, мы должны разрешить или предоставить покрытие в течение 30 календарных дней, если ваш запрос касается медицинского предмета или услуги, или **в течение 7 календарных дней**, если ваш запрос касается рецептурного лекарства по Части В Medicare.

Если наш план ответит “нет” на всю апелляцию или её часть, мы автоматически отправим вашу апелляцию независимой экспертной организации для апелляции 2-го уровня.

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 6.4 | Пошаговое руководство: как подать апелляцию 2-го уровня |
|-------------------|--|

| |
|---------------------------|
| Юридический термин |
|---------------------------|

| |
|--|
| Официальное название независимой экспертной организации — служба независимой экспертизы (Independent Review Entity) . Иногда её называют IRE . |
|--|

Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанимаемая Medicare. Она не связана с нами и не является правительственным агентством. Эта организация решает, является ли принятое нами решение правильным или его следует изменить. Medicare контролирует её работу.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 1: независимая экспертная организация рассматривает вашу апелляцию.

- Мы отправим информацию о вашей апелляции в эту организацию. Эта информация называется вашим **досье**. **Вы имеете право запросить у нас копию вашего досье.**
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию в поддержку своей апелляции.
- Эксперты независимой экспертной организации внимательно изучат всю информацию, связанную с вашей апелляцией.

Если у вас была быстрая апелляция на 1-м уровне, у вас также будет быстрая апелляция на 2-м уровне

- При быстрой апелляции экспертная организация должна предоставить вам ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 72 часов** с момента получения вашей апелляции.
- Если ваш запрос касается медицинского предмета или услуги и независимой экспертной организации необходимо собрать дополнительную информацию, которая может принести вам пользу, **это может занять ещё до 14 календарных дней**. Независимая экспертная организация не может потратить дополнительное время на принятие решения, если ваш запрос касается рецептурного лекарства Части В Medicare.

Если у вас была стандартная апелляция на 1-м уровне, у вас также будет стандартная апелляция на 2-м уровне

- В случае стандартной апелляции, если ваш запрос касается медицинского предмета или услуги, экспертная организация должна предоставить вам ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 30 календарных дней** с момента получения вашей апелляции.
- Если ваш запрос касается рецептурного лекарства по Части В Medicare, экспертная организация должна предоставить вам ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 7 календарных дней** с момента получения вашей апелляции.
- Если ваш запрос касается медицинского предмета или услуги и независимой экспертной организации необходимо собрать дополнительную информацию, которая может принести вам пользу, **это может занять ещё до 14 календарных дней**. Независимая экспертная организация не может потратить дополнительное время на принятие решения, если ваш запрос касается рецептурного лекарства Части В Medicare.

Шаг 2: независимая экспертная организация предоставляет вам свой ответ.

Независимая экспертная организация сообщит вам о своём решении в письменном виде и объяснит его причины.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

- Если независимая экспертная организация отвечает “да” на часть запроса или на весь запрос на медицинский предмет или услугу, мы должны разрешить покрытие медицинского обслуживания в течение **72 часов** или предоставить услугу в течение **14 календарных дней** после получения решения независимой экспертной организации для **стандартных запросов** или предоставить услугу в течение **72 часов** с даты получения планом решения независимой экспертной организации для **быстрых запросов**.
- Если независимая экспертная организация отвечает “да” на часть запроса или на весь запрос на рецептурное лекарство Части В Medicare, мы должны разрешить или предоставить рецептурное лекарство Части В Medicare в течение **72 часов** после получения решения независимой экспертной организации для **стандартных запросов** или в течение **24 часов** с момента получения решения независимой экспертной организации для **быстрых запросов**.
- Если эта организация отказывает в удовлетворении части или всей вашей апелляции, это означает, что она согласна с нашим планом в том, что ваш запрос (или часть вашего запроса) на покрытие медицинского обслуживания не должен быть удовлетворён. (Это называется **оставить решение в силе** или **отклонить вашу апелляцию**.) В этом случае независимая экспертная организация направит вам письмо:
 - Объясняющее своё решение
 - Уведомляющее вас о праве на апелляцию 3-го уровня, если долларовая стоимость покрытия медицинского обслуживания соответствует определённому минимуму. В письменном уведомлении, которое вы получите от независимой экспертной организации, будет указана сумма в долларах, на которую вы должны рассчитывать, чтобы продолжить процесс апелляции.
 - Объясняющее, как подать апелляцию 3-го уровня.

Шаг 3: если ваше дело соответствует требованиям, вы решаете, хотите ли вы продолжить процесс апелляции.

- После 2-го уровня в процессе апелляции есть ещё три дополнительных уровня (всего пять уровней апелляции). Если вы хотите подать апелляцию 3-го уровня, подробная информация о том, как это сделать, содержится в письменном уведомлении, которое вы получите после апелляции 2-го уровня.
- Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья по административным делам или адвокат-адьюдикатор. В разделе 10 этой главы описаны процессы подачи апелляций на уровнях 3, 4 и 5.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)**Раздел 6.5 Что делать, если вы обращаетесь к нам за возмещением счёта, полученного за медицинское обслуживание?**

Мы не можем напрямую возместить вам расходы на услуги или предметы Medicaid. Если вы получите счёт за услуги и предметы, покрываемые Medicaid, отправьте его нам. **Вам не нужно оплачивать счёт самостоятельно.** Мы напрямую свяжемся с поставщиком и решим проблему. Но если вы все-таки оплатили счёт, вы можете получить возмещение от этого поставщика медицинских услуг, если вы соблюдали правила получения услуги или предмета.

Запрос на возмещение расходов — это запрос на принятие решения о страховом покрытии

Если вы отправляете нам документы с просьбой о возмещении, вы запрашиваете решение о покрытии. Чтобы принять такое решение, мы проверим, входит ли оплаченная вами медицинская помощь в число покрываемых услуг. Мы также проверим, соблюдали ли вы все правила использования страхового покрытия для получения медицинской помощи.

- **Если мы ответим “да” на ваш запрос:** Если медицинское обслуживание покрывается, и вы соблюдали все правила, мы вышлем вам оплату расходов, как правило, в течение 30 календарных дней, но не позднее 60 календарных дней после получения вашего запроса. Если вы не оплатили медицинское обслуживание, мы отправим платёж непосредственно поставщику.
- **Если мы ответим “нет” на ваш запрос:** если медицинская помощь *не подлежит покрытию*, или вы *не* соблюдали все правила, мы не произведём оплату. Вместо этого мы отправим вам письмо, в котором сообщим, что не будем оплачивать медицинское обслуживание, и укажем причины.

Если вы не согласны с нашим решением отказать вам, **вы можете подать апелляцию.** Если вы подаёте апелляцию, это означает, что вы просите нас изменить решение о страховом покрытии, которое мы приняли, отклонив ваш запрос на оплату.

Чтобы подать эту апелляцию, следуйте процессу подачи апелляций, который мы описываем в разделе 6.3. При подаче апелляций по поводу возмещения расходов, пожалуйста, обратите внимание:

- Мы должны предоставить вам ответ в течение 60 календарных дней после получения вашей апелляции. Если вы просите нас вернуть вам деньги за уже полученную и оплаченную медицинскую помощь, вы не имеете права просить о быстрой апелляции.
- Если независимая экспертная организация решит, что мы должны заплатить, мы обязаны отправить вам или поставщику оплату в течение 30 календарных дней. Если ответ на вашу апелляцию положительный на любом этапе апелляционного процесса после 2-го уровня, мы должны отправить запрашиваемую вами оплату вам или поставщику услуг в течение 60 календарных дней.

РАЗДЕЛ 7 Ваши рецептурные лекарства Части D: как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию

Раздел 7.1 В этом разделе рассказывается о том, что делать, если у вас возникли проблемы с получением лекарства по Части D или вы хотите, чтобы мы вернули вам сумму оплаты за лекарство по Части D

Ваши льготы включают покрытие многих рецептурных лекарств. Чтобы подлежать покрытию, лекарство должно использоваться по медицинским показаниям. (Более подробно о медицинских показаниях рассказано в главе 5.) Подробно о лекарствах, правилах, ограничениях и расходах в рамках Части D рассказано в главах 5 и 6. **Этот раздел посвящён только вашим лекарствам по Части D.** Для упрощения мы обычно используем слово *лекарство* в остальной части этого раздела, вместо того чтобы каждый раз повторять *покрываемое амбулаторное рецептурное лекарство* или *лекарство Части D*. Мы также используем термин *Список лекарств* вместо *Список покрываемых лекарств* или *Формулярный список*.

- Если вы не знаете, покрывается ли лекарство или подпадаете ли вы под эти правила, вы можете спросить нас. Для покрытия некоторых лекарств необходимо получить от нас разрешение.
- Если аптека сообщит вам, что вы не можете получить лекарства по рецепту должным образом, она выдаст вам письменное уведомление, в котором объяснит, как связаться с нами, чтобы запросить решение о покрытии.

Решения о страховом покрытии и апелляции по Части D

Юридический термин

Первоначальное решение о покрытии ваших лекарств в рамках Части D называется **определением покрытия**.

Решение о страховом покрытии — это решение, которое мы принимаем о ваших льготах и страховом покрытии или о сумме, которую мы заплатим за ваши лекарства. В этом разделе рассказывается, что делать, если вы попали в любую из следующих ситуаций:

- Запрашиваете покрытие лекарством Части D, которого нет в *Списке покрываемых лекарств* плана. **Попросите сделать исключение. Раздел 7.2.**
- Запрашиваете отменить ограничение на покрытие лекарства планом (например, ограничения на количество лекарства, которое вы можете получить). **Попросите сделать исключение. Раздел 7.2.**
- Запрашиваете предварительное одобрение лекарства. **Запросите решение о страховом покрытии. Раздел 7.4.**

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

- Запрашиваете оплату рецептурного лекарства, которое вы уже купили. **Обратитесь к нам за возмещением. Раздел 7.4.**

Если вы не согласны с принятым нами решением о страховом покрытии, вы можете подать апелляцию на наше решение.

В этом разделе рассказывается о том, как запрашивать решения о страховом покрытии и как подавать апелляцию.

Раздел 7.2 Что такое исключение?

Юридические термины

Запрос на покрытие лекарства, которое не входит в Список лекарств, иногда называется запросом на **формулярное исключение**.

Запрос на снятие ограничения на покрытие лекарства иногда называется запросом на **формулярное исключение**.

Если лекарство покрывается не так, как вам хотелось бы, вы можете попросить нас сделать **исключение**. Исключение является типом решения о покрытии.

Чтобы мы рассмотрели ваш запрос на исключение, ваш врач или другой специалист, выписывающий рецепт, должен объяснить медицинские причины, по которым вам необходимо, чтобы исключение было одобрено. Вот два примера исключений, которые вы, ваш врач или другой специалист, выписывающий лекарство, можете попросить нас сделать:

1. **Покрытие для вас лекарства Части D, которое не входит в наш Список лекарств.**
2. **Снятие ограничения на покрываемое лекарство.** В главе 5 описаны дополнительные правила или ограничения, которые применяются к некоторым лекарствам, включённым в наш Список лекарств.

Раздел 7.3 Важные вещи, которые нужно знать о запросе исключений

Ваш врач должен сообщить нам медицинские причины.

Ваш врач или другой специалист, выписывающий рецепт, должен предоставить нам заявление, в котором объясняются медицинские причины, требующие исключения. Чтобы решение было принято быстрее, приложите эту медицинскую информацию от вашего врача или другого специалиста, выписывающего рецепт, когда будете запрашивать исключение.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

Как правило, наш Список лекарств включает более одного лекарства для лечения определённого заболевания. Эти различные варианты называются **альтернативными** лекарствами. Если альтернативное лекарство будет таким же эффективным, как и запрашиваемое вами, и не повлечёт за собой больше побочных эффектов или других проблем со здоровьем, мы, как правило, *не* удовлетворим вашу просьбу об исключении.

Мы можем ответить “да” или “нет” на ваш запрос.

- Если мы одобрим ваш запрос на исключение, наше разрешение обычно будет действовать до конца года действия плана. Это будет действительно до тех пор, пока ваш врач продолжит выписывать вам лекарство, и пока оно будет оставаться безопасным и эффективным для лечения вашего заболевания.
- Если мы откажем вам в удовлетворении вашего запроса, вы можете потребовать повторного рассмотрения, подав апелляцию.

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 7.4 | Пошаговое руководство: как запросить решение о страховом покрытии, включая исключения |
|-------------------|--|

| |
|---------------------------|
| Юридический термин |
|---------------------------|

| |
|---|
| Быстрое решение о покрытии называется ускоренным определением покрытия . |
|---|

Шаг 1: решите, нужно ли вам стандартное решение о покрытии или быстрое решение о покрытии.

Стандартные решения о покрытии принимаются в течение **72 часов** после того, как мы получим заключение вашего врача. **Быстрые решения о покрытии** принимаются в течение **24 часов** после того, как мы получим заключение вашего врача.

Если этого требует состояние вашего здоровья, попросите нас быстро принять решение о страховом покрытии. Для получения быстрого решения о покрытии вы должны соответствовать двум требованиям:

- Вы должны запрашивать лекарство, которое ещё не получили. (Вы не можете потребовать быстрого принятия решения о покрытии, чтобы вернуть деньги за уже купленное лекарство.)
- Использование стандартных сроков может нанести серьёзный вред вашему здоровью или нанести ущерб вашей жизнедеятельности.
- Если ваш врач или другой специалист, выписывающий рецепт, сообщит нам, что ваше здоровье требует принятия быстрого решения о покрытии, мы автоматически предоставим вам быстрое решение о покрытии.
- Если вы сами, без поддержки вашего врача или другого специалиста, выписывающего рецепт, попросите о принятии решения о покрытии, мы определим, требует ли ваше здоровье, чтобы мы приняли быстрое решение о

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

покрытии. Если мы не одобрим быстрое решение о покрытии, мы отправим вам письмо, в котором:

- Указано, что мы будем использовать стандартные сроки.
- Указано, что если ваш врач или другой специалист, выписывающий рецепт, запросит принять быстрое решение о покрытии, мы автоматически предоставим вам быстрое решение о покрытии.
- Объясняется, что вы можете подать быструю жалобу на наше решение предоставить вам стандартное решение о покрытии вместо быстрого решения о покрытии, о котором вы просили. Мы ответим на вашу жалобу в течение 24 часов с момента её получения.

Шаг 2: запросите стандартное решение о покрытии или быстрое решение о покрытии.

Начните с того, что позвоните, напишите или отправьте по факсу запрос в наш план, чтобы мы разрешили или обеспечили покрытие медицинского обслуживания, которое вы хотите получить. Вы можете также ознакомиться с процессом принятия решения о страховом покрытии на нашем сайте. Мы должны принять любой письменный запрос, включая запрос, поступивший посредством формы запроса на определение типового покрытия CMS (CMS Model Coverage Determination Request Form), которая есть на нашем сайте <https://www.providencehealthplan.com/-/media/providence/website/pdfs/medicare/coverage-determination-forms.pdf?rev=a6d4e98b8fdd4ab78fb997939333b4b8&hash=6C3C03DA8E8B4373CVCAA2AD4934E58D>. Контактная информация приведена в главе 2. Вы, ваш лечащий врач или ваш представитель можете запросить решение о страховом покрытии по безопасной электронной почте через веб-сайт Providence Health Assurance по адресу www.ProvidenceHealthAssurance.com. Чтобы помочь нам в обработке вашего запроса, пожалуйста, не забудьте указать ваше имя, контактную информацию и информацию о том, какой именно отказ обжалуется.

Это можете сделать вы, ваш врач (или другой специалист, выписывающий рецепт) или ваш представитель. Вы также можете поручить адвокату действовать от вашего имени. В разделе 4 этой главы рассказывается о том, как вы можете дать письменное разрешение другому лицу на исполнение обязанностей вашего представителя.

- **Если вы просите сделать исключение, предоставьте подтверждающее заключение**, в котором будут указаны медицинские причины для исключения. Ваш врач или другой специалист, выписывающий рецепт, может отправить нам заключение по факсу или по почте. Или же ваш врач или другой специалист, выписывающий рецепт, может сообщить нам об этом по телефону и, при необходимости, направить по факсу или по почте письменное заключение.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 3: мы рассмотрим ваш запрос и предоставим ответ.

Крайние сроки для быстрого принятия решения о покрытии

- Как правило, мы должны предоставить вам ответ **в течение 24 часов** после получения вашего запроса.
 - В случае исключений мы предоставим вам ответ в течение 24 часов после получения подтверждающего заключения вашего врача. Мы предоставим вам ответ раньше, если этого требует ваше здоровье.
 - Если мы не успеем в этот срок, мы обязаны отправить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассмотрен независимой экспертной организацией.
- **Если мы ответим “да” на весь запрос или его часть**, мы должны разрешить или предоставить покрытие, которое мы согласились предоставить, в течение 24 часов после получения вашего запроса или заключения врача, подтверждающего ваш запрос.
- **Если мы ответим “нет” на весь запрос или его часть**, мы отправим вам письменное уведомление, в котором объясним, почему мы ответили “нет”. Мы также объясним, как вы можете подать апелляцию.

Сроки принятия стандартного решения о страховом покрытии в отношении лекарства, которое вы ещё не получили

- Как правило, мы должны предоставить вам ответ **в течение 72 часов** после получения вашего запроса.
 - В случае исключений мы предоставим вам ответ в течение 72 часов после получения подтверждающего заключения вашего врача. Мы предоставим вам ответ раньше, если этого требует ваше здоровье.
 - Если мы не успеем в этот срок, мы обязаны отправить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассмотрен независимой экспертной организацией.
- **Если мы ответим “да” на весь запрос или его часть**, мы должны **предоставить покрытие**, которое мы согласились предоставить, **в течение 72 часов** после получения заключения врача, подтверждающего ваш запрос.
- **Если мы ответим “нет” на весь запрос или его часть**, мы отправим вам письменное уведомление, в котором объясним, почему мы ответили “нет”. Мы также объясним, как вы можете подать апелляцию.

Сроки принятия стандартного решения об оплате лекарства, которое вы уже купили

- Мы должны предоставить вам ответ **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

- Если мы не успеем в этот срок, мы обязаны отправить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассмотрен независимой экспертной организацией.
- Если наш ответ будет “да” на весь запрос или его часть, мы также обязаны осуществить вам оплату в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса.
- Если мы ответим “нет” на весь запрос или его часть, мы отправим вам письменное уведомление, в котором объясним, почему мы ответили “нет”. Мы также объясним, как вы можете подать апелляцию.

Шаг 4: если мы откажемся удовлетворить ваш запрос на страховое покрытие, вы можете подать апелляцию.

- Если мы откажем, вы имеете право запросить у нас пересмотр этого решения, подав апелляцию. Это означает, что нужно снова обратиться для получения покрытия лекарства, которое вы хотите получить. Если вы подали апелляцию, это означает, что вы переходите на 1-й уровень апелляционного процесса.

| | |
|-------------------|--|
| Раздел 7.5 | Пошаговое руководство: как подать апелляцию 1-го уровня |
|-------------------|--|

Юридические термины

Апелляция на решение плана о покрытии лекарств Части D называется **пересмотром**.

“Быстрая апелляция” также называется **ускоренным пересмотром**.

Шаг 1: решите что вам нужно — стандартная или быстрая апелляция.

*Стандартная апелляция обычно подаётся в течение 7 календарных дней.
Быстрая апелляция обычно подаётся в течение 72 часов. Если этого требует состояние вашего здоровья, запросите быструю апелляцию*

- Если вы обжалуете решение, принятое нами в отношении лекарства, которое вы ещё не получили, вам и вашему врачу или другому специалисту, выписывающему рецепт, нужно будет решить, нужна ли вам быстрая апелляция.
- Требования для получения быстрой апелляции такие же, как и для получения быстрого решения по покрытию в разделе 7.4 этой главы.

Шаг 2: вы, ваш представитель, врач или другой специалист, выписывающий рецепт, должны связаться с нами и подать апелляцию 1-го уровня. Если

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

состояние вашего здоровья требует быстрого решения, запросите “**быструю апелляцию**”.

- Для стандартных апелляций подайте письменный запрос. Контактная информация приведена в главе 2.
- Для быстрых апелляций подайте апелляцию в письменном виде или позвоните по номеру 503-574-8000. Контактная информация приведена в главе 2.
- Мы должны принять любой письменный запрос, включая запрос, поступивший посредством формы запроса на определение типового покрытия CMS (CMS Model Coverage Determination Request Form), которая есть на нашем сайте. Чтобы помочь нам в обработке вашего запроса, не забудьте указать ваше имя, контактную информацию и информацию о вашем запросе.
- Вы, ваш лечащий врач или ваш представитель можете запросить пересмотр (апелляцию) по защищённой электронной почте, заполнив форму повторного пересмотра Providence Medicare Advantage Plans. Вы можете найти его на нашем сайте, как указано в главе 2, www.ProvidenceHealthAssurance.com.
- Вы должны подать апелляцию в течение 65 календарных дней с даты, указанной в письменном уведомлении, которое мы отправили вам, чтобы сообщить наш ответ по решению о страховом покрытии. Если вы пропустили этот срок и у вас есть уважительная причина, объясните причину задержки подачи апелляции, когда будете её подавать. Мы можем дать вам больше времени на подачу апелляции. Примерами уважительной причины могут быть серьёзная болезнь, из-за которой вы не смогли связаться с нами, или если мы предоставили вам неверную или неполную информацию о крайнем сроке подачи апелляции.
- Вы можете запросить копию информации, содержащейся в вашей апелляции, и добавить дополнительные сведения. Вы и ваш врач можете добавить дополнительную информацию в поддержку своей апелляции.

Шаг 3: мы рассмотрим вашу апелляцию и предоставим ответ.

- Когда мы рассматриваем вашу апелляцию, мы внимательно изучаем всю информацию о вашем запросе на покрытие. Мы проверяем, соблюдались ли все правила, когда мы отказали вам в удовлетворении вашего запроса. Мы можем связаться с вами, вашим врачом или другим специалистом, выписывающим рецепт, чтобы получить дополнительную информацию.

Сроки подачи быстрой апелляции

- Для быстрых апелляций мы должны предоставить вам ответ **в течение 72 часов после получения вашей апелляции**. Мы предоставим вам ответ раньше, если этого требует ваше здоровье.
 - Если мы не предоставим вам ответ в течение 72 часов, мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассмотрен независимой экспертной организацией. В разделе 7.6 описан процесс подачи апелляции 2-го уровня.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

- **Если мы ответим “да” на весь запрос или его часть**, мы должны предоставить покрытие, на которое мы согласились, в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- **Если мы ответим “нет” на весь запрос или его часть**, мы отправим вам письменное уведомление, в котором объясним, почему мы ответили “нет” и как вы можете обжаловать наше решение.

Сроки подачи стандартной апелляции на лекарство, которое вы ещё не получили

- Для стандартных апелляций мы должны предоставить вам ответ **в течение 7 календарных дней** после получения вашей апелляции. Мы сообщим вам о своём решении раньше, если вы ещё не получили лекарство, а состояние вашего здоровья требует этого.
 - Если мы не предоставим вам решение в течение 7 календарных дней, мы обязаны направить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассмотрен независимой экспертной организацией. В разделе 7.6 описан процесс подачи апелляции 2-го уровня.
- **Если мы ответим “да” на весь запрос или его часть**, мы должны предоставить покрытие так быстро, как того требует ваше здоровье, но не позднее **7 календарных дней** после получения вашей апелляции.
- **Если мы ответим “нет” на весь запрос или его часть**, мы отправим вам письменное уведомление, в котором объясним, почему мы ответили “нет” и как вы можете обжаловать наше решение.

Сроки подачи стандартной апелляции об оплате лекарства, которое вы уже купили

- Мы должны предоставить вам ответ **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.
 - Если мы не успеем в этот срок, мы обязаны отправить ваш запрос на 2-й уровень апелляционного процесса, где он будет рассмотрен независимой экспертной организацией.
- **Если наш ответ будет “да” на весь запрос или его часть**, мы также обязаны осуществить вам оплату в течение 30 календарных дней после получения вашего запроса.
- **Если мы ответим “нет” на весь запрос или его часть**, мы отправим вам письменное уведомление, в котором объясним, почему мы ответили “нет”. Мы также объясним, как вы можете подать апелляцию.

Шаг 4: если мы откажемся удовлетворить вашу апелляцию, вы сами решаете, хотите ли вы продолжить апелляционный процесс и подать ещё одну апелляцию.

- Если вы решите подать ещё одну апелляцию, это означает, что вы переходите на 2-й уровень апелляционного процесса.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)**Раздел 7.6 Пошаговое руководство: Как подать апелляцию 2-го уровня****Юридический термин**

Официальное название независимой экспертной организации — **служба независимой экспертизы (Independent Review Entity)**. Иногда её называют **IRE**.

Независимая экспертная организация — это независимая организация, нанимаемая Medicare. Она не связана с нами и не является правительственным агентством. Эта организация решает, является ли принятое нами решение правильным или его следует изменить. Medicare контролирует её работу.

Шаг 1: вы (или ваш представитель, или ваш врач, или другой специалист, выписывающий рецепт) должны связаться с независимой экспертной организацией и запросить пересмотр вашего дела.

- Если мы откажемся удовлетворить вашу апелляцию 1-го уровня, в письменном уведомлении, которое мы вам отправим, будут содержаться **инструкции о том, как подать апелляцию 2-го уровня** в независимую экспертную организацию. В этих инструкциях говорится о том, кто может подать апелляцию 2-го уровня, какие сроки вы должны соблюсти и как связаться с организацией, проводящей проверку. Однако, если мы не завершили проверку в установленные сроки или приняли неблагоприятное решение в отношении определения **группы риска** в рамках нашей программы управления лекарственными средствами, мы автоматически направим ваше заявление в IRE.
- Мы отправим информацию о вашей апелляции в эту организацию. Эта информация называется вашим **досье**. **Вы имеете право запросить у нас копию вашего досье.**
- Вы имеете право предоставить независимой экспертной организации дополнительную информацию в поддержку своей апелляции.

Шаг 2: независимая экспертная организация рассматривает вашу апелляцию.

Эксперты независимой экспертной организации внимательно изучат всю информацию, связанную с вашей апелляцией.

Сроки быстрой апелляции

- Если этого требует состояние вашего здоровья, запросите “быструю апелляцию” в независимой экспертной организации.
- Если организация согласна на “быструю апелляцию”, она должна предоставить вам ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 72 часов** после получения вашего запроса на апелляцию.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

Сроки стандартной апелляции

- Для стандартных апелляций экспертная организация должна предоставить вам ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 7 календарных дней** после получения вашей апелляции, если она касается лекарства, которое вы ещё не получили. Если вы требуете, чтобы мы возместили вам стоимость лекарства, которое вы уже купили, экспертная организация должна предоставить вам ответ на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 14 календарных дней** после получения вашего запроса.

Шаг 3: независимая экспертная организация предоставляет вам свой ответ.

Для быстрых апелляций:

- Если независимая экспертная организация ответит “да” на весь запрос или его часть, мы должны предоставить покрытие лекарств, одобренное экспертной организацией, **в течение 24 часов** после получения решения от экспертной организации.

Для стандартных апелляций:

- Если независимая экспертная организация ответит “да” на весь ваш запрос о покрытии или на его часть, мы должны предоставить покрытие лекарств, одобренное экспертной организацией, **в течение 72 часов** после получения решения от экспертной организации.
- Если независимая экспертная организация ответит “да” на часть или весь ваш запрос о возмещении для лекарства, которое вы уже купили, мы должны отправить вам сумму возмещения **в течение 30 календарных дней** после получения решения от экспертной организации.

Что делать, если экспертная организация отклонила вашу апелляцию?

Если эта организация отказывает в удовлетворении части или всего вашего запроса, это означает, что она согласна с нашим решением не утверждать ваш запрос (или часть вашего запроса). (Это называется **оставить решение в силе**. Это также называется **отклонение вашей апелляции**). В этом случае независимая экспертная организация направит вам письмо:

- Объясняющее своё решение.
- Уведомляющее вас о праве на апелляцию 3-го уровня, если долларовая стоимость запрашиваемого вами лекарственного покрытия соответствует определённому минимуму. Если долларовая стоимость запрашиваемого вами покрытия лекарств окажется слишком низкой, вы не сможете подать ещё одну апелляцию, и решение на 2-м уровне будет окончательным.
- Сообщающее вам величину долларовой стоимости, которая должна быть предметом обжалования, чтобы продолжить апелляционный процесс.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 4: если ваше дело соответствует требованиям, вы решаете, хотите ли вы продолжить процесс апелляции.

- После 2-го уровня в процессе апелляции есть ещё три дополнительных уровня (всего пять уровней апелляции).
- Если вы хотите перейти к апелляции 3-го уровня, подробная информация о том, как это сделать, содержится в письменном уведомлении, которое вы получите после решения по апелляции 2-го уровня.
- Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья по административным делам или адвокат-адьюдикатор. В разделе 10 этой главы подробнее рассказывается о 3, 4 и 5-м уровнях апелляционного процесса.

РАЗДЕЛ 8 Как запросить более длительное пребывание в стационаре, если вы считаете, что вас выписывают слишком рано

Когда вы попадаете в больницу, вы имеете право на получение всех покрываемых больничных услуг, необходимых для диагностики и лечения вашего заболевания или травмы.

Во время вашего покрываемого пребывания в больнице ваш врач и персонал больницы будут работать с вами, чтобы подготовить вас к тому дню, когда вы покинете больницу. Они помогут организовать уход, который может понадобиться после вашей выписки.

- День, когда вы покидаете больницу, называется **датой выписки**.
- Когда будет определена дата выписки, ваш врач или персонал больницы сообщат вам об этом.
- Если вы считаете, что вас просят покинуть больницу слишком рано, вы можете запросить более длительное пребывание в больнице, и ваш запрос будет рассмотрен.

| |
|--|
| Раздел 8.1 Во время пребывания в стационаре вы получите письменное уведомление от Medicare, в котором говорится о ваших правах |
|--|

В течение двух календарных дней после поступления в больницу вы получите письменное уведомление под названием *Важное сообщение от Medicare о ваших правах (An Important Message from Medicare about Your Rights)*. Каждый участник программы Medicare получает копию этого уведомления. Если вы не получили уведомление от кого-либо из сотрудников больницы (например, от специалиста по работе с пациентами или медсестры), попросите его у любого сотрудника больницы. Если вам нужна помощь, позвоните в службу поддержки клиентов или 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (TTY 1-877-486-2048).

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

- 1. Внимательно прочтите это уведомление и задавайте вопросы, если вам что-то непонятно.** В нём представлены:
 - Ваше право на получение услуг, покрываемых Medicare, во время и после пребывания в больнице по предписанию вашего врача. Сюда входит право знать, что это за услуги, кто за них платит и где их можно получить.
 - Ваше право на участие в принятии любых решений, касающихся вашего пребывания в больнице.
 - Куда можно сообщить о любых сомнениях по поводу качества лечения в больнице.
 - Ваше право на **запрос немедленного пересмотра** решения о вашей выписке, если вы считаете, что вас выписывают из больницы слишком рано. Это официальный, законный способ попросить отсрочить дату выписки, чтобы мы оплачивали ваше лечение в больнице в течение более долгого времени.
- 2. Вам будет предложено подписать письменное уведомление, чтобы продемонстрировать, что вы его получили и понимаете свои права.**
 - Вам или лицу, действующему от вашего имени, будет предложено подписать уведомление.
 - Подписание уведомления свидетельствует *только* о том, что вы получили информацию о своих правах. В уведомлении не указана дата вашей выписки. Подписание уведомления **не означает** согласия на дату выписки.
- 3. Храните копию** уведомления под рукой, чтобы у вас была информация о подаче апелляции (или сообщения о беспокойстве по поводу качества обслуживания), если она вам понадобится.
 - Если вы подписали уведомление более чем за два календарных дня до даты выписки, вы получите ещё одну копию до того, как вас планируют выписать.
 - Чтобы заранее ознакомиться с этим уведомлением, вы можете позвонить в службу поддержки клиентов или по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. ПользователямTTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Вы также можете ознакомиться с уведомлением онлайн по ссылке www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Раздел 8.2

Пошаговое руководство: как подать апелляцию 1-го уровня, чтобы изменить дату выписки из больницы

Если вы хотите запросить, чтобы услуги стационарной больницы покрывались нами в течение более длительного срока, вам придётся воспользоваться процессом подачи апелляций, чтобы подать такой запрос. Прежде чем приступить, разберитесь, что вам нужно сделать и в какие сроки.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

- **Следуйте установленному порядку процесса.**
- **Соблюдайте сроки.**
- **Попросите помощи, если она вам нужна.** Если у вас возникли вопросы или вам потребуется помощь в любое время, позвоните в службу поддержки клиентов. Или позвоните в Государственную программу помощи по медицинскому страхованию вашего штата — государственную организацию, предоставляющую индивидуальную помощь.

Во время апелляции 1-го уровня Организация по улучшению качества рассмотрит вашу апелляцию. Она проверяет, соответствует ли запланированная дата выписки вашим медицинским показаниям.

Организация по улучшению качества — это группа врачей и других специалистов в области здравоохранения, которым Федеральное правительство платит за проверку и помощь в улучшении качества обслуживания людей с Medicare. Это включает проверку дат выписки из больницы для людей с Medicare. Эти эксперты не являются частью нашего плана.

Шаг 1: свяжитесь с Организацией по улучшению качества в вашем штате и попросите немедленно пересмотреть вашу выписку из больницы. Вы должны действовать быстро.

Как вы можете связаться с этой организацией?

- В полученном вами письменном уведомлении (*Важное сообщение от Medicare о ваших правах*) говорится о том, как связаться с этой организацией. Или найдите название, адрес и номер телефона Организации по улучшению качества в вашем штате в главе 2.

Действуйте быстро:

- Чтобы подать апелляцию, вы должны связаться с Организацией по улучшению качества **до** выписки из больницы и **не позднее полуночи в день выписки**.
 - **Если вы успеете к этому сроку**, вы можете остаться в больнице *после* даты вашей выписки *без оплаты*, пока ждёте решения Организации по улучшению качества.
 - **Если вы не успеете к этому сроку** и решите остаться в больнице после запланированной даты выписки, *вам, возможно, придётся оплатить все расходы* за больничное обслуживание, полученное после запланированной даты выписки.

После того как вы запросите немедленный пересмотр вашей выписки из больницы, Организация по улучшению качества свяжется с нами. До полудня следующего дня после обращения к нам мы предоставим вам **“Подробное уведомление о выписке”**. В этом уведомлении указана планируемая дата вашей выписки и подробно объясняются

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

причины, по которым ваш врач, больница и мы считаем, что вы должны быть выписаны в этот день.

Вы можете получить образец **Подробного уведомления о выписке (Detailed Notice of Discharge)**, позвонив в службу поддержки клиентов или по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048). Вы также можете ознакомиться с уведомлением онлайн по ссылке www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Шаг 2: Организация по улучшению качества проводит независимую проверку вашего случая.

- Медицинские работники из Организации по улучшению качества (эксперты) спросят вас (или вашего представителя), почему вы считаете, что покрытие услуг должно быть продолжено. Вам не обязательно составлять что-либо в письменном виде, но вы можете сделать это, если хотите.
- Эксперты также изучат вашу медицинскую информацию, поговорят с вашим врачом и изучат информацию, предоставленную им больницей и нами.
- До полудня следующего дня после того, как эксперты сообщат нам о вашей апелляции, вы получите от нас письменное уведомление, в котором будет указана планируемая дата выписки. В этом уведомлении также подробно объясняются причины, по которым ваш врач, больница и мы считаем, что вы должны быть выписаны в этот день.

Шаг 3: в течение одного полного дня, после получения всей необходимой информации, Организация по улучшению качества предоставит вам ответ на вашу апелляцию.

Что произойдёт, если ответ будет положительным?

- Если проверяющая организация ответит “да”, мы должны будем продолжать предоставлять вам покрываемые стационарные больничные услуги до тех пор, пока эти услуги будут необходимы с медицинской точки зрения.
- Вам придётся продолжать оплачивать свою часть расходов (такие как франшиза или совместные платежи, если они применяются). Кроме того, могут быть установлены ограничения на покрываемые больничные услуги.

Что произойдёт, если ответ будет отрицательным?

- Если проверяющая организация ответит “нет”, то это означает, что ваша запланированная дата выписки соответствует медицинским показаниям. Если это произойдёт, наше покрытие ваших стационарных больничных услуг прекратится в полдень на следующий день *после того, как* Организация по улучшению качества предоставит ответ на вашу апелляцию.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

- Если проверяющая организация ответит “нет” на вашу апелляцию и вы решите остаться в больнице, то **вам, возможно, придётся оплатить полную стоимость** больничного обслуживания, которое вы получите после полудня на следующий день после того, как Организация по улучшению качества предоставит ответ на вашу апелляцию.

Шаг 4: если ответ на вашу апелляцию 1-го уровня отрицательный, вы сами решаете, подавать ли вам ещё одну апелляцию.

- Если Организация по улучшению качества ответила “нет” на вашу апелляцию и вы остаётесь в больнице после запланированной даты выписки, то вы можете подать ещё одну апелляцию. Если вы подали ещё одну апелляцию, это означает, что вы переходите на **2-й уровень** апелляционного процесса.

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 8.3 | Пошаговое руководство: как подать апелляцию 2-го уровня, чтобы изменить дату выписки из больницы |
|-------------------|---|

В ходе апелляции 2-го уровня вы просите Организацию по улучшению качества пересмотреть своё решение по вашей первой апелляции. Если Организация по улучшению качества отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придётся оплатить полную стоимость вашего пребывания в больнице после запланированной даты выписки.

Шаг 1: снова обратитесь в Организацию по улучшению качества и попросите провести ещё одну проверку.

- Вы должны обратиться за пересмотром **в течение 60 календарных дней** после того, как Организация по улучшению качества ответила “нет” на вашу апелляцию 1-го уровня. Вы можете запросить такой пересмотр только в том случае, если вы остаётесь в больнице после даты, когда закончилось ваше покрытие медицинского обслуживания.

Шаг 2: Организация по улучшению качества проводит пересмотр вашей ситуации.

- Эксперты Организации по улучшению качества ещё раз внимательно изучат всю информацию, связанную с вашей апелляцией.

Шаг 3: в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса на апелляцию 2-го уровня эксперты примут решение по вашей апелляции и сообщат вам о своём решении.

Если проверяющая организация говорит “да”:

- **Мы должны возместить вам** нашу долю расходов на больничное обслуживание, полученное вами с полудня следующего дня после даты отклонения вашей первой апелляции Организацией по улучшению качества. **Мы должны продолжить покрывать ваш стационарный больничный уход до тех пор, пока он необходим с медицинской точки зрения.**

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

- Вы должны продолжать оплачивать свою часть расходов, при этом могут действовать ограничения по покрытию.

Если проверяющая организация говорит “нет”:

- Это означает, что они согласны с решением, принятым по вашей апелляции 1-го уровня.
- В уведомлении, которое вы получите, в письменном виде будет изложено, что вы можете сделать, если хотите продолжить процесс рассмотрения.

Шаг 4: если ответ отрицательный, вам необходимо решить, хотите ли вы продолжить рассмотрение своей апелляции, перейдя на 3-й уровень.

- После 2-го уровня в процессе апелляции есть ещё три дополнительных уровня (всего пять уровней апелляции). Если вы хотите подать апелляцию 3-го уровня, подробная информация о том, как это сделать, содержится в письменном уведомлении, которое вы получите после решения по апелляции 2-го уровня.
- Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья по административным делам или адвокат-адьюдикатор. В разделе 10 этой главы подробнее рассказывается о 3, 4 и 5-м уровнях апелляционного процесса.

РАЗДЕЛ 9 Как попросить нас продолжить покрытие определённых медицинских услуг, если вы считаете, что ваше покрытие заканчивается слишком рано

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 9.1 | <i>В этом разделе речь пойдёт только о трёх услугах: медицинское обслуживание на дому, уход в учреждениях квалифицированного сестринского ухода и в комплексных амбулаторных реабилитационных учреждениях (CORF)</i> |
|-------------------|---|

Если вы получаете покрываемые медицинские услуги на дому, квалифицированный сестринский или реабилитационный уход (комплексное амбулаторное реабилитационное учреждение), вы имеете право продолжать получать услуги такого типа до тех пор, пока эти услуги необходимы для диагностики и лечения вашего заболевания или травмы.

Когда мы решим, что пора прекратить покрывать любой из трёх видов ухода для вас, мы обязаны сообщить вам об этом заранее. Когда ваше покрытие этого вида ухода закончится, *мы перестанем оплачивать ваш уход.*

Если вы считаете, что мы прекращаем покрытие вашего ухода слишком рано, **вы можете обжаловать наше решение.** В этом разделе рассказывается о том, как подать апелляцию.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)**Раздел 9.2 Мы заранее сообщим вам о том, когда заканчивается ваше страховое покрытие****Юридический термин**

Уведомление о непокрытии Medicare. В нём говорится о том, как вы можете подать запрос на **ускоренное рассмотрение апелляции**. Запрос на ускоренную апелляцию — это официальный, законный способ потребовать изменения нашего решения о прекращении обслуживания.

- 1. Вы получаете письменное уведомление** не менее чем за два календарных дня до того, как наш план прекратит покрывать ваше лечение. В нём представлены:
 - Дата, когда мы прекратим покрывать ваш уход.
 - Как запросить ускоренное рассмотрение апелляции, чтобы попросить нас продолжить покрывать ваш уход в течение более длительного периода времени.
- 2. Вам или лицу, действующему от вашего имени, будет предложено подписать письменное уведомление, подтверждающее, что вы его получили.** Подписание уведомления свидетельствует *только* о том, что вы получили информацию о том, когда прекратится ваше страховое покрытие. **Подписание этого документа не означает, что вы согласны с решением плана о прекращении ухода.**

Раздел 9.3 Пошаговое руководство: как подать апелляцию 1-го уровня, чтобы наш план покрывал ваш уход в течение более длительного времени

Если вы хотите запросить, чтобы мы покрывали ваш уход в течение более длительного периода времени, вам придётся воспользоваться процессом подачи апелляций, чтобы подать такой запрос. Прежде чем приступить, разберитесь, что вам нужно сделать и в какие сроки.

- **Следуйте установленному порядку процесса.**
- **Соблюдайте сроки.**
- **Попросите помощи, если она вам нужна.** Если у вас возникли вопросы или вам потребуется помощь в любое время, позвоните в службу поддержки клиентов. Или позвоните в Государственную программу помощи по медицинскому страхованию вашего штата — государственную организацию, предоставляющую индивидуальную помощь.

Во время апелляции 1-го уровня Организация по улучшению качества рассмотрит вашу апелляцию. Она решит, соответствует ли дата окончания вашего ухода медицинским показаниям.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 1: Подайте апелляцию 1-го уровня: свяжитесь с Организацией по улучшению качества и попросите об ускоренном рассмотрении апелляции. Вы должны действовать быстро.

Как вы можете связаться с этой организацией?

- В полученном вами письменном уведомлении (*Уведомление о непокрытии Medicare*) указано, как связаться с этой организацией. Или найдите название, адрес и номер телефона Организации по улучшению качества в вашем штате в главе 2.)

Действуйте быстро:

- Вы должны связаться с Организацией по улучшению качества, чтобы начать подачу апелляции **до полудня дня, предшествующего дате вступления в силу**, указанной в “*Уведомлении о непокрытии Medicare*”.
- Если вы пропустили крайний срок для обращения в Организацию по улучшению качества, вы все равно можете подать апелляцию. Обратитесь в Организацию по улучшению качества.

Шаг 2: Организация по улучшению качества проводит независимую проверку вашего случая.

| Юридический термин |
|--|
| Подробное объяснение непокрытия. Уведомление, содержащее подробную информацию о причинах прекращения страхового покрытия. |

Что происходит во время этого рассмотрения?

- Медицинские работники из Организации по улучшению качества (эксперты) спросят вас или вашего представителя, почему вы считаете, что покрытие услуг должно быть продолжено. Вам не обязательно составлять что-либо в письменном виде, но вы можете сделать это, если хотите.
- Организация, проводящая проверку, также изучит вашу медицинскую информацию, поговорит с вашим врачом и проверит информацию, которую предоставил им наш план.
- К концу дня эксперты сообщат нам о вашей апелляции, вы получите от нас **Подробное объяснение непокрытия**, в котором подробно разъясняются причины прекращения покрытия ваших услуг.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

Шаг 3: В течение одного полного дня после того, как они получают всю необходимую информацию, эксперты сообщат вам о своём решении.

Что произойдёт, если эксперты ответят “да”?

- Если эксперты ответят “да” на вашу апелляцию, то **мы должны будем продолжить предоставлять вам покрываемые услуги до тех пор, пока это будет необходимо с медицинской точки зрения.**
- Вам придётся продолжать оплачивать свою часть расходов (такие как франшиза или совместные платежи, если они применяются). Могут быть установлены ограничения на покрываемые услуги.

Что произойдёт, если эксперты ответят “нет”?

- Если эксперты ответят “нет”, то **ваше покрытие закончится в указанную нами дату.**
- Если вы решите продолжать пользоваться услугами медицинского ухода на дому, учреждения квалифицированного сестринского ухода или комплексного амбулаторного реабилитационного учреждения (CORF) *после* даты, когда закончится ваше покрытие, то **вам придётся самостоятельно оплатить полную стоимость** этого ухода.

Шаг 4: если ответ на вашу апелляцию 1-го уровня отрицательный, вы сами решаете, подавать ли вам ещё одну апелляцию.

- Если эксперты ответят “нет” на вашу апелляцию 1-го уровня — и вы решите продолжить получать обслуживание после того, как ваше покрытие обслуживания закончилось, — тогда вы можете подать апелляцию 2-го уровня.

Раздел 9.4

Пошаговое руководство: как подать апелляцию 2-го уровня, чтобы наш план покрывал ваш уход в течение более длительного времени

В ходе апелляции 2-го уровня вы просите Организацию по улучшению качества пересмотреть своё решение по вашей первой апелляции. Если Организация по улучшению качества отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придётся оплатить полную стоимость услуг по уходу на дому, учреждения квалифицированного сестринского ухода или комплексного амбулаторного реабилитационного учреждения (CORF) *после* даты, которую мы установили как дату окончания страхового покрытия.

Шаг 1: снова обратитесь в Организацию по улучшению качества и попросите провести ещё одну проверку.

- Вы должны обратиться за пересмотром **в течение 60 календарных дней** после того дня, когда Организация по улучшению качества ответила “нет” на вашу апелляцию 1-го уровня. Вы можете запросить такой пересмотр только в том случае,

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

если вы продолжали получать обслуживание после даты окончания страхового покрытия.

Шаг 2: Организация по улучшению качества проводит пересмотр вашей ситуации.

- Эксперты Организации по улучшению качества ещё раз внимательно изучат всю информацию, связанную с вашей апелляцией.

Шаг 3: В течение 14 календарных дней после получения вашего запроса на апелляцию эксперты примут решение по вашей апелляции и сообщат вам о своём решении.

Что произойдёт, если проверяющая организация ответит “да”?

- **Мы должны возместить вам** нашу долю расходов на лечение, которое вы получили с даты, которую мы установили как дату окончания страхового покрытия. **Мы должны продолжить покрывать** ваш уход до тех пор, пока он необходим с медицинской точки зрения.
- Вы должны продолжить оплачивать свою часть расходов, при этом могут действовать ограничения по покрытию.

Что произойдёт, если проверяющая организация ответит “нет”?

- Это означает, что они согласны с решением, принятым по вашей апелляции 1-го уровня.
- В уведомлении, которое вы получите, в письменном виде будет изложено, что вы можете сделать, если хотите продолжить процесс рассмотрения. В нём вы найдёте подробную информацию о том, как перейти на следующий уровень апелляции, который рассматривается судьёй по административным делам или адвокатом-адьюдикатором.

Шаг 4: если ответ отрицательный, вам нужно решить, хотите ли вы продолжить процесс апелляции.

- После 2-го уровня в процессе апелляции есть ещё три дополнительных уровня апелляции, всего пять уровней апелляции. Если вы хотите подать апелляцию 3-го уровня, подробная информация о том, как это сделать, содержится в письменном уведомлении, которое вы получите после решения по апелляции 2-го уровня.
- Апелляцию 3-го уровня рассматривает судья по административным делам или адвокат-адьюдикатор. В разделе 10 этой главы подробнее рассказывается о 3, 4 и 5-м уровнях апелляционного процесса.

РАЗДЕЛ 10 Переход вашей апелляции на 3 уровень и далее

Раздел 10.1 Апелляции 3, 4 и 5-го уровней для запросов на медицинское обслуживание

Этот раздел может вам понадобиться, если вы подавали апелляцию 1-го уровня и апелляцию 2-го уровня, и обе апелляции были отклонены.

Если долларовая стоимость предмета или медицинской услуги, которую вы обжаловали, соответствует определённому минимальному уровню, вы можете перейти на дополнительные уровни апелляции. Если долларовая стоимость меньше минимального уровня, вы не можете продолжить обжалование. В письменном ответе, который вы получите на апелляцию 2-го уровня, будет указано, как подать апелляцию 3-го уровня.

В большинстве ситуаций, связанных с апелляциями, последние три уровня апелляции работают практически одинаково. Вот кто занимается рассмотрением вашей апелляции на каждом из этих уровней.

Апелляция 3-го уровня **Судья по административным делам или адвокат-адьюдикатор, работающий на Федеральное правительство,** рассмотрит вашу апелляцию и предоставит вам ответ.

- **Если судья по административным делам или адвокат-адьюдикатор ответит “да” на вашу апелляцию, процесс рассмотрения апелляции *может быть* или *может не быть* завершён.** В отличие от решения, принятого на 2-м уровне апелляции, мы имеем право обжаловать решение 3-го уровня, которое было принято в вашу пользу. Если мы решим подать апелляцию, она будет рассмотрена на 4-м уровне апелляции.
 - Если мы решим *не* подавать апелляцию, мы должны разрешить или предоставить вам медицинское обслуживание в течение 60 календарных дней после получения решения судьи по административным делам или адвоката-адьюдикатора.
 - Если мы решим подать апелляцию на решение, мы отправим вам копию запроса на апелляцию 4-го уровня с любыми сопроводительными документами. Мы можем дождаться решения по апелляции 4-го уровня, прежде чем разрешить или предоставить медицинский уход, являющийся предметом разногласия.
- **Если судья по административным делам или адвокат-адьюдикатор ответит “нет” на вашу апелляцию, процесс рассмотрения апелляции *может быть* или *может не быть* завершён.**
 - Если вы согласитесь с решением, отклонившим вашу апелляцию, апелляционный процесс завершится.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

- Если вы не согласитесь с решением, вы можете перейти на следующий уровень процесса пересмотра. В уведомлении, которое вы получите, будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня Совет по апелляциям Medicare (Medicare Appeals Council, Совет) рассмотрит вашу апелляцию и предоставит вам ответ. Совет является частью Федерального правительства.

- **Если ответ будет “да”, или если Совет отклонит наш запрос на пересмотр положительного решения по апелляции 3-го уровня, апелляционный процесс может быть или может не быть завершён.** В отличие от решения, принятого на 2-м уровне, мы имеем право обжаловать решение 4-го уровня, которое было принято в вашу пользу. Мы решим, стоит ли обжаловать это решение на 5-м уровне.
 - Если мы решим *не* обжаловать решение, мы должны разрешить или предоставить вам медицинский уход в течение 60 календарных дней после получения решения Совета.
 - Если мы решим обжаловать решение, мы отправим письменное уведомление.
- **Если ответ будет “нет”, или если Совет отклонит запрос на пересмотр, апелляционный процесс может быть или может не быть завершён.**
 - Если вы согласитесь с решением, отклонившим вашу апелляцию, апелляционный процесс завершится.
 - Если вы не согласитесь с решением, вы сможете перейти на следующий уровень процесса пересмотра. Если Совет ответит “нет” на вашу апелляцию, то в полученном вами уведомлении будет описано, позволяют ли вам правила перейти к рассмотрению апелляции 5-го уровня и как продолжить апелляцию на 5-м уровне.

Апелляция 5-го уровня Вашу апелляцию рассмотрит судья **Федерального окружного суда**.

- Судья рассмотрит всю информацию и примет решение “да” или “нет” по вашему запросу. Это окончательный ответ. После Федерального окружного суда больше апелляционных инстанций не предусмотрено.

Раздел 10.2 **Апелляции 3, 4 и 5-го уровней для запросов на лекарства Части D**

Этот раздел может вам понадобиться, если вы подавали апелляцию 1-го уровня и апелляцию 2-го уровня, и обе апелляции были отклонены.

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

Если стоимость лекарства, которую вы обжаловали, соответствует определённой сумме в долларах, вы можете перейти на дополнительные уровни апелляции. Если долларовая стоимость меньше, вы не можете продолжить обжалование. В письменном ответе, который вы получите на апелляцию 2-го уровня, будет указано с кем связаться и что делать, чтобы подать апелляцию 3-го уровня.

В большинстве ситуаций, связанных с апелляциями, последние три уровня апелляции работают практически одинаково. Вот кто занимается рассмотрением вашей апелляции на каждом из этих уровней.

Апелляция 3-го уровня Судья по административным делам или адвокат-адьюдикатор, работающий на Федеральное правительство, рассмотрит вашу апелляцию и предоставит вам ответ.

- Если ответ “да”, то апелляционный процесс завершён. Мы должны разрешить или предоставить лекарственное покрытие, одобренное судьёй по административным делам или адвокатом-адьюдикатором, в течение **72 часов (24 часа для быстрых апелляций)** или произвести оплату не позднее чем через **30 календарных дней** после получения решения.
- Если ответ будет “нет”, апелляционный процесс *может быть* или *может не быть* завершён.
 - Если вы согласитесь с решением, отклонившим вашу апелляцию, апелляционный процесс завершится.
 - Если вы не согласитесь с решением, вы можете перейти на следующий уровень процесса пересмотра. В уведомлении, которое вы получите, будет указано, что нужно делать для подачи апелляции 4-го уровня.

Апелляция 4-го уровня Совет по апелляциям Medicare (Medicare Appeals Council, Совет) рассмотрит вашу апелляцию и предоставит вам ответ. Совет является частью Федерального правительства.

- Если ответ “да”, то апелляционный процесс завершён. Мы должны разрешить или предоставить лекарственное покрытие, одобренное Советом, в течение **72 часов (24 часа для быстрых апелляций)** или произвести оплату не позднее чем через **30 календарных дней** после получения решения.
- Если ответ будет “нет”, апелляционный процесс *может быть* или *может не быть* завершён.
 - Если вы согласитесь с решением, отклонившим вашу апелляцию, апелляционный процесс завершится.
 - Если вы не согласитесь с решением, вы сможете перейти на следующий уровень процесса пересмотра. Если Совет ответит “нет” на вашу апелляцию или отклонит вашу просьбу о пересмотре апелляции, в уведомлении будет указано, позволяют ли вам правила перейти к апелляции 5-го уровня. В нём

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

также будет указано, с кем связаться и что делать дальше, если вы решите продолжить апелляционный процесс.

Апелляция 5-го уровня Вашу апелляцию рассмотрит судья **Федерального окружного суда**.

- Судья рассмотрит всю информацию и примет решение “да” или “нет” по вашему запросу. Это окончательный ответ. После Федерального окружного суда больше апелляционных инстанций не предусмотрено.

РАЗДЕЛ 11 Как подать жалобу на качество обслуживания, время ожидания, обслуживание клиентов или другие проблемы

Раздел 11.1 Какие проблемы рассматриваются в рамках процесса рассмотрения жалоб?

Процесс рассмотрения жалоб используется *только* для определённых типов проблем. Сюда входят проблемы, связанные с качеством обслуживания, временем ожидания и обслуживанием клиентов. Вот примеры того, какие проблемы рассматриваются в рамках процесса рассмотрения жалоб.

| Жалоба | Пример |
|--|---|
| Качество медицинского обслуживания | <ul style="list-style-type: none"> • Вы недовольны качеством полученного вами ухода (включая уход в больнице)? |
| Уважение к вашей личной жизни | <ul style="list-style-type: none"> • Кто-то проявил неуважение к вашему праву на личную жизнь или поделился конфиденциальной информацией? |
| Неуважение, плохое обслуживание клиентов или другое негативное поведение | <ul style="list-style-type: none"> • Кто-либо проявил грубость или неуважение по отношению к вам? • Вы недовольны работой нашей службы поддержки клиентов? • Считаете ли вы, что вас подталкивают к выходу из плана? |

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

| Жалоба | Пример |
|---|---|
| Время ожидания | <ul style="list-style-type: none"> • Вам трудно записаться на приём, или вы слишком долго его ждёте? • Вас заставили слишком долго ждать врачи, фармацевты или другие медицинские работники? Или наша служба поддержки клиентов или другие сотрудники плана? <ul style="list-style-type: none"> ○ Например, слишком долгое ожидание по телефону, в приёмной или смотровом кабинете или при получении рецепта. |
| Чистота | <ul style="list-style-type: none"> • Вы недовольны чистотой или состоянием клиники, больницы или кабинета врача? |
| Информация, которую вы получаете от нас | <ul style="list-style-type: none"> • Мы не предоставили вам необходимое уведомление? • Написанную нами информацию сложно понять? |
| Своевременность (Все эти виды жалоб связаны со своевременностью наших действий, связанных с решениями о страховом покрытии и апелляциями) | <p>Если вы обратились за решением о страховом покрытии или подали апелляцию и считаете, что мы отвечаем недостаточно быстро, вы можете подать жалобу на нашу медлительность. Вот примеры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вы обратились к нам за быстрым решением о страховом покрытии или “быстрой апелляцией”, но мы ответили отказом; вы можете подать жалобу. • Вы считаете, что мы не соблюдаем сроки принятия решений о страховом покрытии или подачи апелляций; вы можете подать жалобу. • Вы считаете, что мы не соблюдаем сроки покрытия или возмещения расходов на определённые одобренные медицинские товары, услуги или лекарства; вы можете подать жалобу. • Вы считаете, что мы не придерживаемся установленных сроков для передачи вашего дела в независимую экспертную организацию; вы можете подать жалобу. |

Раздел 11.2 Как подать жалобу

Юридические термины

- **Жалоба** также называется **претензией**.
- **Подача жалобы** также называется **предъявлением претензий**.
- **Использование процесса по рассмотрению жалоб** также называется **использованием процесса по предъявлению претензий**.
- **Быстрая жалоба** также называется **ускоренной претензией**.

Раздел 11.3 Пошаговое руководство: подача жалобы

Шаг 1: незамедлительно свяжитесь с нами – по телефону или в письменном виде.

- **Обычно первым шагом является звонок в службу поддержки клиентов.** Если вам нужно сделать что-то ещё, служба поддержки клиентов сообщит об этом.
- **Если вы не хотите звонить (или позвонили и остались недовольны), вы можете изложить свою жалобу в письменном виде и отправить её нам.** Если вы подадите жалобу в письменном виде, мы ответим на неё в письменном виде.
- Если у вас есть жалоба, вы или ваш назначенный представитель можете позвонить по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вы также можете направить свою жалобу в письменном виде в отдел апелляций и жалоб по следующему адресу: Providence Health Assurance, Attn: Appeals and Grievances Department, P.O. Box 4158, Portland, OR 97208-4158.
- **Срок** подачи жалобы составляет 60 календарных дней с момента возникновения проблемы, на которую вы хотите пожаловаться.

Шаг 2: мы рассмотрим вашу жалобу и предоставим ответ.

- **Если это возможно, мы ответим сразу же.** Если вы позвоните нам с жалобой, мы, возможно, сможем ответить сразу же, по телефону.
- **Ответы на большинство жалоб предоставляются в течение 30 календарных дней.** Если нам потребуется дополнительная информация и задержка будет отвечать вашим интересам, или если вы попросите больше времени, мы можем потратить ещё до 14 календарных дней (всего 44 календарных дня) на ответ на вашу жалобу. Если мы решим использовать дополнительные дни, мы сообщим вам об этом в письменном виде.
- **Если вы подаёте жалобу, потому что мы отклонили ваш запрос на быстрое принятие решения о страховом покрытии или быстрое рассмотрение**

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

апелляции, мы автоматически предоставим вам возможность быстрого рассмотрения жалобы. Если у вас быстрая жалоба, это значит, что мы предоставим вам ответ в течение 24 часов.

- Если мы не согласны с некоторыми или всеми положениями вашей жалобы или не берём на себя ответственность за проблему, на которую вы жалуетесь, мы укажем причины в нашем ответе.

Раздел 11.4 Вы также можете подать жалобу на качество обслуживания в Организацию по улучшению качества

Если ваша жалоба касается качества обслуживания, у вас есть два дополнительных варианта:

- Вы можете подать жалобу непосредственно в Организацию по улучшению качества. Организация по улучшению качества — это группа практикующих врачей и других экспертов в области здравоохранения, которым Федеральное правительство платит за проверку и улучшение качества обслуживания пациентов Medicare. Контактная информация приведена в главе 2.

Или

- Вы можете подать жалобу одновременно в обе инстанции— в Организацию по улучшению качества и нам.

Раздел 11.5 Вы также можете сообщить о своей жалобе в Medicare

Вы можете подать жалобу на план Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) непосредственно в Medicare. Чтобы подать жалобу в Medicare, перейдите по ссылке www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи TTY/TDD могут позвонить по номеру 1-877-486-2048.

ПРОБЛЕМЫ С ВАШИМ ЛЬГОТАМИ OREGON HEALTH PLAN (MEDICAID)**РАЗДЕЛ 12 Решение проблем, связанных с вашими льготами Oregon Health Plan (Medicaid)****Раздел 12.1 Как подать жалобу или претензию через Oregon Health Plan (Medicaid)**

Если вас не устраивает план Oregon Health Plan (Medicaid), ваша организация по координации медицинского обслуживания Oregon Health Plan (Medicaid), ваш поставщик

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

или получаемые вами услуги, вы можете пожаловаться или подать жалобу. Если вы состоите в организации по координации медицинского обслуживания Oregon Health Plan (Medicaid), позвоните в их службу поддержки или отправьте им письмо. Они перезвонят или напишут в течение 5 дней, чтобы дать официальный ответ или сообщить, что для завершения проверки требуется дополнительное время. Если потребуется больше времени, официальный ответ на вашу жалобу будет предоставлен в течение 30 дней. Они должны рассмотреть вашу жалобу в течение 30 дней. Если вы являетесь клиентом программы (Fee-for-Service, FFS), позвоните в службу поддержки клиентов Oregon Health Plan (Medicaid) по телефону 1-800-273-0557 (TTY 711).

Раздел 12.2 Как обжаловать решение

Если организация по координации медицинского обслуживания Oregon Health Plan (Medicaid) или Oregon Health Plan (Medicaid) отказывает, прекращает или сокращает медицинские, стоматологические услуги или услуги по поведенческому здоровью, назначенные вашим поставщиком, вы получите по почте письмо **“Уведомление о принятии мер/отказе в предоставлении льгот” (Notice of Action/Benefit Denial)**. В этом письме объясняется, почему они приняли такое решение. В письме вы найдёте инструкции о том, как подать апелляцию через ваше страховое покрытие Oregon Health Plan (Medicaid). Если вы не согласны с нашим решением, вы имеете право попросить нас изменить его. Вы можете сделать это, подав апелляцию. Мы должны получить ваш запрос в течение 60 дней с “Даты уведомления”, указанной в письме с уведомлением о принятии мер/отказе в предоставлении льгот.

При подаче апелляции ваша организация по координации медицинского обслуживания в рамках Oregon Health Plan (Medicaid) попросит медицинского работника рассмотреть ваше дело. Чтобы подать апелляцию:

- Позвоните или напишите в службу поддержки вашей организации по координации медицинского обслуживания Oregon Health Plan (Medicaid);
- Позвоните или напишите в Oregon Health Plan (Medicaid), если у вас платное обслуживание ОНР.

После получения решения по апелляции, если вы с ним не согласны, вы можете попросить о проведении слушания. Вы должны сделать это в течение 120 дней с “Даты уведомления”, указанной в письме с уведомлением о разрешении апелляции. Ваша организация по координации медицинского обслуживания в рамках Oregon Health Plan (Medicaid) включит эту форму в письмо с уведомлением о принятии мер. Вы также можете получить эту форму на предпочитаемом языке, позвонив в свою организацию по координации медицинского обслуживания Oregon Health Plan (Medicaid), позвонив в службу поддержки клиентов ОНР или через Интернет по адресу www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx.

Позвоните в организацию по координации медицинского обслуживания плана Oregon Health Plan (Medicaid), если вам нужна помощь в подаче апелляции. В течение 16 дней вы получите от них “Уведомление о разрешении апелляции”. В нем вы узнаете, согласен или не согласен рецензент с решением ОНР или вашей организации по координации

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

медицинского обслуживания Oregon Health Plan (Medicaid). Тем временем вы можете продолжать получать прекращённую услугу, если:

- Попросите свою организацию по координации медицинского обслуживания в рамках Oregon Health Plan (Medicaid) продолжить обслуживание; и
- Запросите не позднее десятого дня после даты уведомления о действии/отрицательном решении по льготам или уведомления о разрешении апелляции.

Если вы получили письмо после даты вступления в силу, позвоните, чтобы получить инструкции. Если рецензент согласится с первоначальным решением, вам, возможно, придётся оплатить услуги, полученные после даты вступления в силу уведомления о действии/отказе в предоставлении льгот.

Если вам нужна быстрая (ускоренная) апелляция

Вы и ваш поставщик услуг можете считать, что у вас срочная медицинская, стоматологическая или психиатрическая проблема, которая не может ждать обычного обращения. Если да, сообщите в организацию по координации медицинского обслуживания плана Oregon Health Plan (Medicaid), что вам нужна быстрая (ускоренная) апелляция. Отправьте им запрос по факсу. Приложите справку от вашего поставщика или попросите его позвонить и объяснить, почему это срочно. Если ваша организация по координации медицинского обслуживания Oregon Health Plan (Medicaid) согласится с тем, что это срочно, она позвонит вам и сообщит о своём решении в течение 72 часов.

Апелляция поставщика

Ваш поставщик услуг имеет право подать апелляцию в вашу пользу, если предписание их врача отклонено организацией по координации медицинского обслуживания Oregon Health Plan (Medicaid).

| | |
|--------------------|---|
| Раздел 12.3 | Как получить справедливое слушание в штате |
|--------------------|---|

Члены организации по координации медицинского обслуживания Oregon Health Plan (Medicaid) и лица с FFS ОНР могут пройти слушание у судьи по административным делам штата Oregon. У вас будет 120 дней с даты, указанной на вашем “Уведомлении о разрешении апелляции”, чтобы попросить ОНР о проведении слушания.

Если вы не согласны с решением, содержащимся в письме с уведомлением о разрешении апелляции, вы можете обратиться за слушанием, заполнив форму апелляции и запроса на слушание об отказе в предоставлении медицинских услуг (DMAP 3302). Ваша организация по координации медицинского обслуживания в рамках Oregon Health Plan (Medicaid) включит эту форму в письмо “Уведомление о принятии мер/отказе в предоставлении льгот”. Вы также можете получить эту форму на предпочитаемом языке, позвонив в организацию по координации медицинского обслуживания Oregon Health Plan

Глава 9 Что делать, если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

(Medicaid) или в службу поддержки клиентов ОНР. Вы также можете найти её в Интернете по адресу www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx.

На слушании вы можете объяснить судье, почему вы не согласны с решением и почему услуги должны быть покрыты. Вам не нужен адвокат, но вы можете пригласить его или попросить кого-то другого, например, вашего врача, быть с вами. Если вы нанимаете адвоката, вы должны оплатить его услуги. Вы также можете позвонить на горячую линию по вопросам государственных льгот (программа Юридическая помощь штата Oregon (Legal Aid Services of Oregon) и Юридический центр штата Oregon (Oregon Law Center)) по телефону 1-800-520-5292 (TTY 711), чтобы получить консультацию и возможное представительство. Информацию о бесплатной юридической помощи также можно найти на сайте www.oregonlawhelp.org.

Если вам нужно быстрое (ускоренное) слушание

Вы и ваш поставщик услуг можете считать, что у вас срочная медицинская, стоматологическая или психиатрическая проблема, которая не может ждать обычного слушания. Отправьте форму запроса на проведение слушания по факсу в отдел слушаний ОНР по телефону 503-945-6035. Приложите справку от вашего поставщика, объясняющую, почему это срочно. Если медицинский директор ОНР согласится с тем, что дело срочное, отдел слушаний позвонит вам в течение трех рабочих дней.

| | |
|--------------------|--------------------|
| Раздел 12.4 | Важно знать |
|--------------------|--------------------|

Сотрудники службы поддержки клиентов Providence Health Assurance помогут вам подать жалобу. Если вам нужна помощь, позвоните по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (TTY 711) и попросите поговорить с представителем службы поддержки клиентов.

Обжалование решения не повлияет на продолжение обслуживания в Providence Health Assurance. Однако вы можете быть обязаны оплатить услуги, оказанные во время процесса обжалования, если решение об отказе или ограничении услуг будет оставлено в силе.

ГЛАВА 10:

Прекращение участия в плане

РАЗДЕЛ 1 Инструкции по прекращению вашего участия в нашем плане

Прекращение вашего участия в программе Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) может быть **добровольным** (по вашему выбору) или **недобровольным** (не по вашему выбору):

- Вы можете покинуть наш план потому что решили, что *хотите* его покинуть. В разделах 2 и 3 рассказано о добровольном прекращении участия.
- Возможны также ограниченные ситуации, когда вы не хотите покидать программу, но мы обязаны прекратить ваше участие. В разделе 5 рассказано о ситуациях, когда мы вынуждены прекратить ваше участие.

Если вы покидаете наш план, то план должен продолжать предоставлять вам медицинское обслуживание и рецептурные лекарства, а вы будете продолжать оплачивать свою долю расходов до окончания вашего участия в плане.

РАЗДЕЛ 2 Когда вы можете прекратить участие в нашем плане?

| |
|---|
| <h3>Раздел 2.1 Вы можете прекратить участие, поскольку у вас есть Medicare и Medicaid</h3> |
|---|

- Большинство людей с Medicare могут прекратить участие только в определённое время года. Поскольку у вас есть Medicaid, вы можете прекратить своё участие в нашем плане в любой месяц года. У вас также есть возможность в любой месяц перейти на другой план Medicare, в том числе:
 - Original Medicare с отдельным планом обеспечения рецептурных лекарств Medicare,
 - Original Medicare без отдельного плана обеспечения рецептурных лекарств Medicare (если вы выберете этот вариант, Medicare может зачислить вас в план лекарственного обеспечения, если вы не отказались от автоматического зачисления), или
 - Если вы соответствуете требованиям, интегрированный план D-SNP предоставляет вам льготы и услуги Medicare и большинство или все льготы и услуги Medicaid в одном плане.

Примечание: если вы выйдете из программы покрытия рецептурных лекарств Medicare и не будете иметь кредитоспособного покрытия рецептурных лекарств в течение 63 дней или более, вам, возможно, придётся заплатить штраф за позднее вступление в Часть D, если вы присоединитесь к плану лекарственного обеспечения Medicare позже.

Глава 10 Прекращение участия в плане

Обратитесь в офис Medicaid вашего штата, чтобы узнать о возможностях вашего плана Medicaid (номера телефонов указаны в разделе 6 главы 2 данного документа).

- Другие варианты медицинских планов Medicare доступны в течение **Ежегодного периода регистрации**. О Ежегодном периоде регистрации рассказано в разделе 2.2.
- **Когда закончится ваше участие?** Обычно ваше участие заканчивается в первый день следующего месяца после того, как мы получим ваш запрос на изменение плана. В этот день начнётся ваше участие в новом плане.

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 2.2 | Вы можете прекратить участие во время Ежегодного периода регистрации |
|-------------------|---|

Вы можете прекратить участие во время **Ежегодного периода регистрации** (также известного как Ежегодный период открытой регистрации). В этот период пересмотрите своё медицинское и лекарственное покрытие и примите решение о выборе страхового покрытия на следующий год.

- **Ежегодный период регистрации** длится с **15 октября по 7 декабря**.
 - **Выберите, сохранить ли текущее страховое покрытие или внести изменения в страховое покрытие на следующий год.** Если вы решите перейти на новый план, вы можете выбрать любой из следующих типов планов:
 - Другой медицинский план Medicare, с покрытием или без покрытия рецептурных лекарств.
 - Original Medicare *с отдельным планом* обеспечения рецептурных лекарств Medicare
- ИЛИ*
- Original Medicare *без* отдельного плана обеспечения рецептурных лекарств Medicare.
- **Ваше участие в нашем плане закончится**, когда 1 января вступит в силу страховое покрытие вашего нового плана.

Если вы получаете “Дополнительную помощь” от Medicare для оплаты стоимости рецептурных лекарств: Если вы перейдёте на Original Medicare и не подпишетесь на отдельный план обеспечения рецептурных лекарств Medicare, то Medicare может включить вас в план лекарственного обеспечения, если вы не отказались от автоматического включения в план.

Примечание: если вы выйдете из программы покрытия рецептурных лекарств Medicare и не будете иметь кредитоспособного покрытия рецептурных лекарств в течение 63 дней

Глава 10 Прекращение участия в плане

или более, вам, возможно, придётся заплатить штраф за позднее вступление в Часть D, если вы присоединитесь к плану лекарственного обеспечения Medicare позже.

Раздел 2.3 Вы можете прекратить участие во время Ежегодного периода открытой регистрации в Medicare Advantage

У вас есть возможность внести *одно* изменение в своё медицинское страхование в течение периода открытой регистрации в Medicare Advantage.

- **Ежегодный период открытой регистрации Medicare Advantage** длится с 1 января по 31 марта, а также для новых бенефициаров Medicare, зачисленных в план МА, — с месяца получения права на участие в Части А и Части В до последнего дня 3-го месяца получения права на участие.
- **Во время ежегодного периода открытой регистрации в Medicare Advantage** вы можете:
 - Перейти в другой план Medicare Advantage Plan с покрытием или без покрытия рецептурных лекарств.
 - Отказаться от участия в нашем плане и получить страховое покрытие по Original Medicare. Если вы решите перейти на Original Medicare в этот период, вы также можете присоединиться к отдельному плану обеспечения рецептурных лекарств Medicare в это время.
- **Ваше участие закончится** в первый день месяца после того, как вы зарегистрируетесь в другом плане Medicare Advantage или мы получим ваш запрос на переход на Original Medicare. Если вы также решите вступить в план обеспечения рецептурных лекарств Medicare, ваше участие в плане начнётся в первый день месяца после того, как план лекарственного обеспечения получит ваш запрос на вступление.

Раздел 2.4 В некоторых ситуациях вы можете прекратить участие во время Специального периода регистрации

В определённых ситуациях вы можете прекратить участие в другое время года. Этот период называется **Специальным периодом регистрации**.

Вы можете иметь право на прекращение участия во время Специального периода регистрации, если в отношении вас действует одна из следующих ситуаций. Это лишь примеры. Полный список вы можете получить, связавшись с планом, позвонив в Medicare или посетив сайт Medicare (www.medicare.gov):

- Обычно, когда вы переезжаете.
- Если у вас есть Oregon Health Plan (Medicaid).
- Если вы имеете право на “Дополнительную помощь” при оплате рецептов по Medicare.

Глава 10 Прекращение участия в плане

- Если мы нарушим наш договор с вами.
- Если вы получаете уход в таком учреждении, как дом престарелых или больница долгосрочного ухода (LTC).
- Если вы зачислены в Программу комплексного ухода за пожилыми людьми (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Примечание:** если вы участвуете в программе управления лекарственными средствами, вы не сможете изменить план. В разделе 10 главы 5 подробно рассказано о программах управления лекарственными средствами.
- **Примечание:** В разделе 2.1 рассказывается о специальном периоде регистрации для людей с Medicaid.

Сроки вступления зависят от вашей ситуации.

Чтобы узнать, имеете ли вы право на Специальный период регистрации, позвоните в Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Если вы имеете право на прекращение своего участия из-за особой ситуации, вы можете изменить как медицинское покрытие Medicare, так и покрытие рецептурных лекарств. Вы можете выбрать:

- Другой медицинский план Medicare, с покрытием или без покрытия рецептурных лекарств.
- Original Medicare *с отдельным планом* обеспечения рецептурных лекарств Medicare.

ИЛИ

- Original Medicare *без* отдельного плана обеспечения рецептурных лекарств Medicare.

Примечание: если вы выйдете из программы покрытия рецептурных лекарств Medicare и не будете иметь кредитоспособного покрытия рецептурных лекарств в течение 63 дней или более, вам, возможно, придётся заплатить штраф за позднее вступление в Часть D, если вы присоединитесь к плану лекарственного обеспечения Medicare позже.

Если вы получаете “Дополнительную помощь” от Medicare для оплаты стоимости рецептурных лекарств: Если вы перейдете на Original Medicare и не подпишетесь на отдельный план обеспечения рецептурных лекарств Medicare, то Medicare может включить вас в план лекарственного обеспечения, если вы не отказались от автоматического включения в план.

Обычно ваше участие закончится в первый день месяца после получения вашего запроса на изменение плана.

Примечание: В разделах 2.1 и 2.2 более подробно рассказывается о специальном периоде регистрации для людей с Medicaid и “Дополнительной помощью”.

Раздел 2.5 Где получить дополнительную информацию о том, когда можно прекратить участие?

Если у вас возникнут вопросы по поводу прекращения членства, вы можете:

- Позвонить в службу поддержки клиентов.
- Найти информацию в справочнике *Medicare и вы 2025*.
- Связаться с Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (TTY 1-877-486-2048).

РАЗДЕЛ 3 Как вы можете прекратить участие в нашем плане?

В приведённой ниже таблице объясняется, как вы должны прекратить участие в нашем плане.

| Если вы хотите перейти с нашего плана на: | Вот что вы должны сделать: |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Другой медицинский план Medicare | <ul style="list-style-type: none">• Вступить в новый медицинский план Medicare. Ваше новое страховое покрытие начнёт действовать с первого дня следующего месяца.• Вы будете автоматически исключены из плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), когда начнётся покрытие вашего нового плана. |
| <ul style="list-style-type: none">• Original Medicare с отдельным планом обеспечения рецептурных лекарств Medicare | <ul style="list-style-type: none">• Вступить в новый план обеспечения рецептурных лекарств Medicare. Ваше новое страховое покрытие начнёт действовать с первого дня следующего месяца.• Вы будете автоматически исключены из плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), когда начнётся покрытие вашего нового плана. |

Глава 10 Прекращение участия в плане

| Если вы хотите перейти с нашего плана на: | Вот что вы должны сделать: |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>без</i> отдельного плана обеспечения рецептурных лекарств Medicare ○ Если вы перейдёте на Original Medicare и не подпишетесь на отдельный план обеспечения рецептурных лекарств Medicare, то Medicare может включить вас в план лекарственного обеспечения, если вы не отказались от автоматического включения в план. ○ Если вы выйдете из программы покрытия рецептурных лекарств Medicare и не будете иметь кредитоспособного покрытия рецептурных лекарств в течение 63 дней или более, вам, возможно, придётся заплатить штраф за позднее вступление, если вы присоединитесь к плану лекарственного обеспечения Medicare позже. | <ul style="list-style-type: none"> • Отправьте нам письменное заявление об исключении из плана. Обратитесь в службу поддержки клиентов, если вам нужна дополнительная информация о том, как это сделать. • Вы также можете связаться с Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, и попросить исключить вас из плана. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. • Вы будете исключены из Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), когда начнётся ваше покрытие по Original Medicare. |

Примечание: если вы выйдете из программы покрытия рецептурных лекарств Medicare и не будете иметь кредитоспособного покрытия рецептурных лекарств в течение 63 дней или более, вам, возможно, придётся заплатить штраф за позднее вступление в Часть D, если вы присоединитесь к плану лекарственного обеспечения Medicare позже.

По вопросам, касающимся ваших льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid), обращайтесь в Oregon Health Plan (Medicaid) по бесплатному телефону: 1-800-273-0557, ТТУ: 711, с понедельника по пятницу, с 8 a.m. до 5 p.m. Узнайте, как присоединение к другому плану или возвращение в Original Medicare влияет на получение вами страхового покрытия Oregon Health Plan (Medicaid).

РАЗДЕЛ 4 Пока ваше участие в плане не закончится, вы должны продолжать получать медицинские товары, услуги и лекарства по нашему плану

Пока не закончится ваше участие в Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) и не вступит в силу новое покрытие Medicare и Medicaid, вы должны продолжать получать медицинские товары, услуги и лекарства по рецепту через наш план.

- **Продолжайте пользоваться услугами поставщиков нашей сети для получения медицинской помощи.**
- **Продолжайте использовать наши сетевые аптеки *или* заказывать рецептурные лекарства по почте.**
- **Если вас госпитализируют в день окончания участия в плане, ваше пребывание в больнице будет покрываться нашим планом до момента выписки** (даже если вас выпишут после начала действия нового страхового медицинского покрытия).

РАЗДЕЛ 5 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) должен прекратить ваше участие в плане в определённых ситуациях

| |
|---|
| Раздел 5.1 Когда мы обязаны прекратить ваше участие в плане? |
|---|

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) должен прекратить ваше участие в плане, если произойдёт одно из следующих событий:

- Если у вас больше нет Части А и Части В Medicare.
- Если вы больше не имеете права на Oregon Health Plan (Medicaid). Как указано в разделе 2.1 главы 1, наш план предназначен для людей, имеющих право как на Medicare, так и на Oregon Health Plan (Medicaid). Как только план получит информацию о том, что вы больше не соответствуете этим специальным требованиям, у вас будет 30 дней, чтобы выполнить специальные требования плана. Если по истечении этого 30-дневного периода вы всё ещё не будете соответствовать специальным требованиям нашего плана, ваше участие в нем прекратится. Вы получите от нас уведомление, в котором мы сообщим вам об окончании вашего членства и ваших возможностях.
- Если вы переедете за пределы нашей зоны обслуживания.
- Если вы уезжаете из нашей зоны обслуживания более чем на шесть месяцев.
 - Если вы переезжаете или отправляетесь в длительное путешествие, позвоните в службу поддержки клиентов и узнайте, входит ли место вашего переезда или путешествия в зону обслуживания нашего плана.
- Если вы лишитесь свободы (попадёте в тюрьму).

Глава 10 Прекращение участия в плане

- Если вы больше не являетесь гражданином США или не находитесь в Соединённых Штатах на законных основаниях.
- Если вы солгали или утаили информацию о наличии у вас другого страхования, обеспечивающего покрытие рецептурных лекарств.
- Если вы намеренно предоставили нам неверную информацию при вступлении в наш план и эта информация повлияла на ваше право на участие в нашем плане. (Мы не можем принудить вас покинуть наш план по этой причине, если сначала не получим разрешение от Medicare.)
- Если вы на протяжении длительного времени ведёте себя так, что это мешает нам оказывать медицинскую помощь вам и другим участникам нашего плана. (Мы не можем принудить вас покинуть наш план по этой причине, если сначала не получим разрешение от Medicare.)
- Если вы позволите кому-то другому использовать вашу карту участника для получения медицинской помощи. (Мы не можем принудить вас покинуть наш план по этой причине, если сначала не получим разрешение от Medicare.)
 - Если мы прекратим ваше участие по этой причине, Medicare может поручить расследование вашего дела Генеральному инспектору.
- Если вы должны заплатить дополнительную сумму по Части D из-за вашего дохода и не заплатите её, Medicare исключит вас из нашего плана.

Где вы можете получить дополнительную информацию?

Если у вас есть вопросы или вы хотите получить дополнительную информацию о том, когда мы можем прекратить ваше участие, позвоните в службу поддержки клиентов.

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 5.2 | Мы <u>не можем</u> просить вас покинуть наш план ни по какой причине, связанной со здоровьем |
|-------------------|---|

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) не имеет права просить вас выйти из плана по какой-либо причине, связанной с вашим здоровьем.

Что делать в таком случае?

Если вы считаете, что вас просят выйти из нашего плана по причине, связанной со здоровьем, звоните в Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. (TTY 1-877-486-2048).

| | |
|-------------------|---|
| Раздел 5.3 | Вы имеете право подать жалобу, если мы прекращаем ваше участие в нашем плане |
|-------------------|---|

Если мы прекращаем ваше участие в нашем плане, мы должны сообщить вам в письменном виде причины прекращения вашего участия. Мы также должны объяснить, как вы можете подать жалобу или претензию в связи с нашим решением прекратить ваше участие.

ГЛАВА 11:

Юридические сведения

РАЗДЕЛ 1 Уведомление о регулирующем законодательстве

Основным законом, который применяется к данному *Справочнику страхователя*, является статья XVIII Закона о социальном обеспечении и нормативные акты, разработанные в соответствии с Законом о социальном обеспечении Центрами по обслуживанию Medicare и Medicaid или CMS. Кроме того, могут применяться другие федеральные законы и, при определенных обстоятельствах, законы штата, в котором вы живёте. Это может повлиять на ваши права и обязанности, даже если эти законы не включены или не разъяснены в данном документе.

РАЗДЕЛ 2 Уведомление о недискриминации

В зоне обслуживания **мы не допускаем дискриминации** по признаку расы, этнической принадлежности, национального происхождения, цвета кожи, религии, пола, возраста, сексуальной ориентации, умственной или физической неполноценности, состояния здоровья, истории болезни, генетической информации, подтверждения страховой способности или географического положения. Все организации, предоставляющие планы Medicare Advantage, такие как наш план, должны соблюдать федеральные законы о борьбе с дискриминацией, включая статью VI Закона о гражданских правах (Civil Rights Act) 1964 года, Закон о реабилитации (Rehabilitation Act) 1973 года, Закон о дискриминации по возрасту (Age Discrimination Act) 1975 года, Закон об американцах с ограниченными возможностями (Americans with Disabilities Act), раздел 1557 Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act), все другие законы, которые применяются к организациям, получающим федеральное финансирование, и любые другие законы и правила, которые применяются по любой другой причине.

Если вам нужна дополнительная информация или вы обеспокоены дискриминацией или несправедливым отношением, позвоните в **Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights)** Министерства здравоохранения и социальных служб по телефону 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) или в местное Управление по гражданским правам. Вы также можете ознакомиться с информацией Управления по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб по ссылке <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>

Если у вас есть инвалидность и вам нужна помощь в доступе к обслуживанию, позвоните нам в службу поддержки клиентов. Если у вас есть жалоба, например, проблема с доступом для инвалидной коляски, служба поддержки может вам помочь.

РАЗДЕЛ 3 Уведомление о правах суброгации вторичного плательщика Medicare

Мы имеем право и обязаны взимать плату за услуги, покрываемые Medicare, для которых Medicare не является основным плательщиком. Согласно правилам CMS в разделах 42 CFR 422.108 и 423.462, Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), как организация

Глава 11 Юридические сведения

Medicare Advantage, будет пользоваться теми же правами на возмещение, что и Секретарь, в соответствии с правилами CMS в подразделах B-D части 411 раздела 42 CFR, и правила, установленные в этом разделе, имеют преимущественную силу перед любыми законами штата.

РАЗДЕЛ 4 Уведомление о непредвиденных обстоятельствах

Примерами непредвиденных обстоятельств являются: полное или частичное разрушение объектов, военные беспорядки, гражданские мятежи, трудовые конфликты, не зависящие от Providence Health Assurance, крупная катастрофа, инвалидность значительной части персонала больницы, эпидемия или подобные причины. Если в силу непредвиденных обстоятельств оказание или предоставление услуг и других льгот, предусмотренных настоящим соглашением, задерживается или является нецелесообразным, Providence Health Assurance, в пределах имеющихся возможностей и персонала, приложит все усилия для предоставления услуг и других льгот, предусмотренных настоящим соглашением. Что касается непредвиденных обстоятельств, то ни Providence Health Assurance, ни больницы, ни врачи не несут никакой ответственности по обязательствам, связанным с задержкой или непредоставлением услуг или других льгот.

РАЗДЕЛ 5 Ответственность перед третьими лицами

В этом разделе описаны ваши обязанности, если вы получаете услуги, за которые может нести ответственность третья сторона. “Третья сторона” — это любое лицо, кроме вас или Providence (“первая” и “вторая” стороны), и включает в себя любого страховщика, предоставляющего любое страховое покрытие, доступное для вас.

1. Если третья сторона будет признана ответственной и способной оплатить полученные вами услуги, Providence не будет покрывать эти услуги.
2. Providence потребует от вас подробную информацию. Вам будет отправлена анкета от Providence Medicare Advantage Plans или подрядной организации по суброгации, которую необходимо заполнить и вернуть как можно скорее. Если у вас есть вопросы, пожалуйста, свяжитесь с нами. Вам поможет сотрудник Providence Medicare Advantage Plans, специализирующийся в этой области.
3. Если вы предъявляете претензии третьей стороне, вы должны уведомить эту сторону о заинтересованности Providence.
4. В максимальной степени, разрешённой Medicare, компания Providence имеет право на возмещение любых средств, взысканных с третьей стороны, независимо от того, описано ли возмещение, или оно направлено не на медицинские расходы, и независимо от того, “возмещены” ли вам убытки. Providence имеет право на возмещение ущерба от компенсации работникам независимо от того, признан ли ущерб компенсируемым в соответствии с этими законами.

Глава 11 Юридические сведения

5. Providence имеет право на возмещение полной стоимости льгот, рассчитанной с использованием обычных и привычных тарифов Providence, за вычетом пропорциональной доли расходов и гонораров адвокатов, понесённых для возмещения ущерба.
6. Прежде чем согласиться на урегулирование претензии третьей стороны, вы должны письменно уведомить Providence о предлагаемых условиях.
7. Если третья сторона не вернёт Providence деньги, вы должны вернуть Providence деньги. Providence может запросить возмещение у ваших медицинских учреждений, которые затем выставят вам счёт.
8. Вы должны сотрудничать с компанией Providence в получении возмещения от третьих лиц в связи с услугами, которые были покрыты/оплачены компанией Providence. Если вы нанимаете адвоката, вы должны потребовать от него, чтобы он способствовал возмещению компании Providence в максимально допустимой законом степени любых взысканий с третьих лиц.
9. После получения возмещения от третьей стороны вы должны оплатить все медицинские расходы на лечение заболевания или травмы, которые в противном случае оплатила бы компания Providence.
10. Только когда вы докажете Providence, что возможности возмещения исчерпаны, Providence снова начнёт выплаты. Затем компания Providence оплатит сумму стоимости услуг, которая превышает net-сумму возмещения.
11. Если вы не погасите задолженность перед Providence, Providence может взыскать её из будущих льгот по данному плану или передать ваш счёт в стороннее коллекторское агентство для взыскания причитающихся Providence денежных средств.
12. Если вы не предъявите претензии ответственной третьей стороне или не будете сотрудничать с Providence в рамках любой предъявленной вами претензии, Providence может взыскать ущерб непосредственно с третьей стороны. В максимальной степени, разрешённой Medicare, Providence может взять на себя ваши права против третьей стороны, может подать в суд на третью сторону от вашего имени, может вступить в любой иск, который вы подадите, и наложить залог на любое возмещение в той степени, в которой Providence выплатила льготы или понесла расходы для получения возмещения.
13. Любое невыполнение вами обязанностей, описанных в настоящем документе, может, насколько это разрешено действующим законодательством, привести к отказу в выплате льгот со стороны Providence и/или прекращению вашего покрытия.

ГЛАВА 12:

Определения важных слов

Глава 12 Определения важных слов

Chronic-Care Special Needs Plan (C-SNP) – это SNP, которые ограничивают участие в программе лиц, имеющих право на MA, которые имеют одно или более тяжёлых или инвалидизирующих хронических заболеваний, как определено в 42 CFR 422.2, включая ограничение участия на основе нескольких часто сопутствующих и клинически связанных групп заболеваний, указанных в 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).SNP

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP) – тип плана, в который зачисляются лица, имеющие право как на Medicare (статья XVIII Закона о социальном обеспечении), так и на медицинскую помощь по плану штата в рамках Medicaid (статья XIX). Штаты покрывают некоторые или все расходы по программе Medicare, в зависимости от штата и права человека на участие в программе.

Institutional Equivalent Special Needs Plan (SNP) – план, в который зачисляются имеющие на это право лица, проживающие в сообществе, но нуждающиеся в институциональном уровне ухода на основании оценки штата. Оценка должна проводиться с использованием одного и того же инструмента оценки уровня обслуживания соответствующего штата и проводиться организацией, не относящейся к организации, предлагающей план. Этот тип плана для лиц с особыми потребностями может ограничить набор лиц, находящихся в контрактном учреждении вспомогательного содержания (Assisted living facility, ALF), если это необходимо для обеспечения унифицированного предоставления специализированного ухода.

Institutional Special Needs Plan (SNP) – план, в который включаются лица, постоянно проживающие или планирующие постоянное пребывание в течение 90 дней и более в учреждении долгосрочного ухода (LTC). К таким учреждениям могут относиться учреждения квалифицированного сестринского ухода (SNF), учреждения сестринского ухода (NF), (SNF/NF); учреждения промежуточного ухода для лиц с умственной отсталостью (ICF/IID), стационарные психиатрические учреждения и/или учреждения, одобренные CMS, которые предоставляют аналогичные долгосрочные медицинские услуги, покрываемые Частью А Medicare, Частью В Medicare или Medicaid; и резиденты которых имеют сходные потребности и состояние здоровья с другими указанными типами учреждений. Institutional Special Needs Plan должен иметь договор с конкретным учреждением (учреждениями) LTC либо владеть и управлять таковыми.

Integrated D-SNP – D-SNP, который покрывает услуги Medicare и большинство или все услуги Medicaid в рамках одного медицинского плана для определённых групп лиц, имеющих право как на Medicare, так и на Medicaid. Эти лица также известны как лица с двойным правом на получение полного пособия.

Medicaid (или Medical Assistance) – совместная федеральная программа и программа штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым людям с низким доходом и ограниченными ресурсами. Программы Medicaid в разных штатах отличаются друг от друга, но большинство расходов на медицинское обслуживание покрывается, если вы имеете право как на Medicare, так и на Medicaid.

Глава 12 Определения важных слов

Medicare – это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше, некоторых людей в возрасте до 65 лет с определёнными формами инвалидности, а также людей с болезнями почек последней стадии (с постоянной почечной недостаточностью, требующей диализа или пересадки почки).

Oregon Health Plan (Medicaid) (или Medical Assistance) – совместная федеральная программа и программа штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым людям с низким доходом и ограниченными ресурсами. Программы Oregon Health Plan (Medicaid) варьируются от штата к штату, но большинство расходов на медицинское обслуживание покрывается, если вы имеете право как на Medicare, так и на Oregon Health Plan (Medicaid).

Original Medicare (Traditional Medicare или Fee-for-Service Medicare) – план Original Medicare предлагается правительством, а не частным медицинским планом, как, например планы Medicare Advantage Plan или планы обеспечения рецептурных лекарств. В рамках Original Medicare услуги Medicare покрываются путём выплаты врачам, больницам и другим поставщикам медицинских услуг сумм, установленных Конгрессом. Вы можете обратиться к любому врачу, в любую больницу или другое медицинское учреждение, принимающее Medicare. Вы должны оплатить франшизу. Medicare оплачивает свою часть утверждённой Medicare суммы, а вы оплачиваете свою часть. План Original Medicare состоит из двух частей: Часть А (больничное страхование) и Часть В (медицинское страхование) и доступен повсеместно в Соединённых Штатах.

Preferred Provider Organization (PPO) – план предпочтительных организаций-поставщиков — это план Medicare Advantage Plan, имеющий сеть поставщиков услуг, которые согласились лечить участников плана за определённую сумму оплаты. План PPO должен покрывать все льготы плана независимо от того, получены ли они от сетевых или несетевых поставщиков. Как правило, сумма по распределению расходов участников будет выше, если льготы по плану предоставляются несетевыми поставщиками. У планов PPO есть годовой лимит ваших расходов из собственных средств на услуги, полученные от сетевых (предпочтительных) поставщиков, и более высокий лимит ваших совокупных расходов из собственных средств на услуги как сетевых (предпочтительных), так и несетевых (непредпочтительных) поставщиков.

Real-Time Benefit Tool – портал или компьютерное приложение, с помощью которого участники плана могут найти полную, точную, своевременную, клинически соответствующую, специфическую для участника плана информацию о формулярных списках и льготах. Сюда входят суммы распределения расходов, альтернативные формулярные лекарства, которые можно использовать при том же состоянии здоровья, что и данное лекарство, а также ограничения на покрытие (предварительное разрешение, ступенчатая терапия, ограничения по количеству), которые применяются к альтернативным лекарствам.

Special Needs Plan – особый тип плана Medicare Advantage Plan, который обеспечивает более целенаправленную медицинскую помощь для определённых групп людей, например тех, у кого есть и Medicare, и Oregon Health Plan (Medicaid), кто проживает в доме престарелых или у кого есть определённые хронические заболевания.

Глава 12 Определения важных слов

Supplemental Security Income (SSI) – ежемесячное пособие, выплачиваемое Службой социального обеспечения людям с ограниченными доходами и ресурсами, которые являются инвалидами, слепыми или в возрасте 65 лет и старше. Льготы SSI — это не то же самое, что льготы Службы социального обеспечения.

Администратор аптечных льгот (Pharmacy Benefit Manager, PBM) – обычно это сторонний администратор, который отвечает за обработку и оплату заявок на рецептурные лекарства от имени медицинского плана.

Амбулаторный хирургический центр – это организация, которая работает исключительно с целью предоставления амбулаторных хирургических услуг пациентам, которым не требуется госпитализация и чье ожидаемое пребывание в центре не превышает 24 часов.

Апелляция – это то, что вы делаете, если не согласны с нашим решением по поводу отказа в покрытии медицинских услуг или рецептурных лекарств или оплаты услуг или лекарств, которые вы уже получили. Вы также можете подать апелляцию, если вы не согласны с нашим решением о прекращении предоставляемых вам услуг.

Биоаналог – биологический продукт, который очень похож, но не идентичен оригинальному биологическому продукту. Биоаналоги столь же безопасны и эффективны, как и оригинальный биологический продукт. Некоторые биоаналоги могут быть заменены оригинальным биологическим продуктом в аптеке без необходимости получения нового рецепта (см. раздел “**Взаимозаменяемые биоаналоги**”).

Биологический продукт – рецептурное лекарство, изготовленное из натуральных и живых источников, таких как клетки животных, растений, бактерий или дрожжей. Биологические продукты сложнее других лекарств и не могут быть точно скопированы, поэтому альтернативные формы называются биоаналогами. (См. также “**Оригинальный биологический продукт**” или “**Биоаналог**”).

Взаимозаменяемый биоаналог – биоаналог, который может быть использован в качестве замены оригинального биоаналога в аптеке без необходимости нового рецепта, поскольку он отвечает дополнительным требованиям, связанным с возможностью автоматической замены. Автоматическая замена в аптеке регулируется законодательством штата.

Дженерик – рецептурное лекарство, одобренное Управлением по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) как имеющее тот же активный ингредиент(ы), что и фирменное лекарство. Как правило, “дженерик” работает так же, как и фирменное лекарство, и обычно стоит дешевле.

Дополнительная помощь – программа Medicare, помогающая людям с ограниченным доходом и ресурсами оплачивать расходы по программе обеспечения рецептурными лекарствами Medicare, такие как страховые взносы, франшизы и сострахование.

Глава 12 Определения важных слов

Ежедневный коэффициент распределения расходов – может применяться, когда врач выписывает вам менее полного месячного запаса определённых лекарств и вы должны внести сумму совместного платежа. Ежедневный коэффициент распределения расходов — это совместный платёж, разделённый на количество дней в месячном запасе. Пример: если ваша сумма совместного платежа за месячный запас лекарства составляет \$30, а месячный запас в вашем плане составляет 30 дней, то ваш “ежедневный коэффициент распределения расходов” составляет \$1 в день.

Ежемесячная корректирующая сумма, зависящая от дохода (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – если ваш модифицированный скорректированный валовой доход, указанный в налоговой декларации IRS за 2 года назад, превышает определённую сумму, вы будете платить стандартную сумму страхового взноса и ежемесячную корректирующую сумму, зависящую от дохода (Income Related Monthly Adjustment Amount), также известную как IRMAA. IRMAA – это дополнительная плата, добавляемая к вашему страховому взносу. Менее 5% людей с Medicare сталкиваются с этим, поэтому большинство людей не будут платить более высокий страховой взнос.

Жалоба – официальное название подачи жалобы — **предъявление претензии**. Процесс рассмотрения жалоб используется *только* для определённых типов проблем. Сюда входят проблемы, связанные с качеством обслуживания, временем ожидания и обслуживанием клиентов. Сюда также включаются жалобы, связанные с несоблюдением вашим планом сроков апелляционного процесса.

Зона обслуживания – географическая зона, в которой вы должны проживать, чтобы присоединиться к определённому плану медицинского страхования. Для планов, ограничивающих круг врачей и больниц, к которым вы можете обращаться, это также, как правило, район, где вы можете получить обычные (не экстренные) услуги. План обязан исключить вас, если вы навсегда переезжаете за пределы зоны обслуживания плана.

Исключение – тип решения о покрытии, которое, если оно одобрено, позволяет вам получить лекарство, не входящее в наш формулярный список (формулярное исключение), или получить не являющееся предпочтительным лекарство с более низким уровнем распределения расходов (уровневое исключение). Вы также можете запросить исключение, если наш план требует, чтобы вы попробовали другое лекарство до получения запрашиваемого вами лекарства, если наш план требует предварительного разрешения на лекарство, а вы хотите, чтобы мы отменили ограничение по критериям, или если наш план ограничивает количество или дозировку запрашиваемого вами лекарства (формулярное исключение).

Комиссия за выдачу – плата, взимаемая каждый раз при выдаче покрываемого лекарства. Она нужна для оплаты расходов по выдаче лекарств по рецепту, например времени фармацевта на подготовку и упаковку лекарства.

Глава 12 Определения важных слов

Комплексное амбулаторное реабилитационное учреждение (CORF) – учреждение, которое в основном предоставляет услуги по реабилитации после болезни или травмы, включая физиотерапию, социальные или психологические услуги, респираторную терапию, трудотерапию и логопедические услуги, а также услуги по оценке условий проживания.

Кредитоспособное покрытие рецептурных лекарств – покрытие рецептурных лекарств (например, от работодателя или профсоюза), которое, как ожидается, будет оплачивать в среднем не меньше, чем стандартное покрытие рецептурных лекарств Medicare. Люди, имеющие такое страховое покрытие на момент получения права на участие в Medicare, как правило, могут сохранить это покрытие без выплаты штрафа, если они решат присоединиться к покрытию рецептурных лекарств Medicare позже.

Лекарства Части D – лекарства, которые могут покрываться по Части D. Мы можем предлагать или не предлагать все лекарства Части D. Некоторые категории лекарств были исключены Конгрессом из числа лекарств, покрываемых Частью D. Определённые категории лекарств Части D должны покрываться каждым планом.

Лицо с двойными льготами – лицо, имеющее право на покрытия Medicare и Oregon Health Plan (Medicaid).

Льготный период – способ, которым наш план и Original Medicare оценивают использование вами услуг учреждений квалифицированного сестринского ухода (SNF). Льготный период начинается с того дня, когда вы оказываетесь в учреждении квалифицированного сестринского ухода. Льготный период заканчивается, если вы не получали квалифицированный уход в SNF в течение 60 дней подряд. Если вы попали в учреждение квалифицированного сестринского ухода после окончания одного льготного периода, начинается новый льготный период. Количество льготных периодов не ограничено.

Максимальная сумма расходов из собственных средств – наибольшая сумма, которую вы оплачиваете из собственных средств в течение календарного года за покрываемые услуги Части А и Части В. Суммы, которые вы платите за страховые взносы по Части А и Части В Medicare, и также за рецептурные лекарства, не учитываются при определении максимальной суммы расходов из собственных средств. Если вы имеете право на помощь в распределении расходов по Medicare в рамках Oregon Health Plan (Medicaid), вы не обязаны оплачивать какие-либо расходы, превышающие максимальную сумму расходов из собственных средств на покрываемые услуги по Части А и Части В. (**Примечание:** Поскольку наши участники также получают помощь от плана Oregon Health Plan (Medicaid), очень немногие из них достигают этого максимального размера расходов.

Медицинская необходимость – услуги, принадлежности или лекарства необходимые для профилактики, диагностики или лечения вашего состояния здоровья и соответствующие общепринятым стандартам медицинской практики.

Глава 12 Определения важных слов

Медицинское оборудование длительного пользования (DME) – определённое медицинское оборудование, которое назначается вашим врачом по медицинским показаниям. Например, ходунки, инвалидные кресла, костыли, матрасы с электроприводом, диабетические принадлежности, насосы для внутривенных инфузий, устройства, генерирующие речь, кислородное оборудование, небулайзеры или больничные кровати, заказанные поставщиком для использования на дому.

Медицинское показание – применение лекарства, одобренное Управлением по контролю за продуктами и лекарствами или подтверждённое определёнными рекомендациями, такими как информация о лекарствах Американской службы больничных фармацевтов и информационная система Micromedex DRUGDEX.

Неотложные услуги – покрываемые планом услуги, требующие немедленной медицинской помощи, которая не является экстренной. Услуга считается неотложной, если вы либо временно находитесь за пределами зоны обслуживания плана, либо если с учётом вашего времени, места и обстоятельств нецелесообразно получать эту услугу у сетевых поставщиков, с которыми план заключил договор. Примерами неотложных услуг являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы или неожиданные обострения существующих заболеваний. Однако необходимые с медицинской точки зрения плановые визиты к врачу, такие как ежегодные осмотры, не считаются неотложными, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания плана или сеть плана временно недоступна.

Несетевая аптека – аптека, не имеющая договора с нашим планом на координацию или предоставление покрываемых лекарств участникам нашего плана. Большинство лекарств, которые вы получаете в несетевых аптеках, не покрываются нашим планом, за исключением определённых условий.

Несетевой поставщик или несетевое учреждение – поставщик или учреждение, не имеющее договора с нашим планом на координацию или предоставление покрываемых услуг участникам нашего плана. Несетевые поставщики — это поставщики, которые не сотрудничают с нашим планом, не принадлежат ему и не управляются им.

Ограничения количества – инструмент управления, предназначенный для ограничения использования отдельных лекарств по причинам качества, безопасности или целесообразности. Ограничения могут касаться количества лекарства, которое мы покрываем по одному рецепту или в течение определённого периода времени.

Определение покрытия – решение о том, покрывается ли выписанное вам лекарство планом и какую сумму, если таковая имеется, вы должны заплатить за рецепт. В целом, если вы принесли рецепт в аптеку, а в аптеке сказали, что рецепт не покрывается вашим планом, это не является определением покрытия. Вам нужно позвонить или написать в свой план, чтобы получить официальное решение о страховом покрытии. В данном документе определения покрытия называются “решениями о покрытии”.

Глава 12 Определения важных слов

Организация по улучшению качества (Quality Improvement Organization, QIO) – это группа практикующих врачей и других экспертов в области здравоохранения, которым Федеральное правительство платит за проверку и улучшение качества обслуживания пациентов Medicare.

Оригинальный биологический продукт - это биологический продукт, одобренный Управлением по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) и служащий образцом для сравнения для производителей, создающих версию биоаналога. Его также называют эталонным продуктом.

Период открытой регистрации в Medicare Advantage – период с 1 января по 31 марта, когда участники плана Medicare Advantage могут отменить участие в плане и перейти на другой план Medicare Advantage или получить покрытие через Original Medicare. Если вы решите перейти на Original Medicare в этот период, вы также можете присоединиться к отдельному плану обеспечения рецептурных лекарств Medicare в это время. Период открытой регистрации в Medicare Advantage также доступен в течение 3 месяцев после того, как человек впервые получил право на участие в Medicare.

Период первоначального зачисления – когда вы впервые получаете право на участие в Medicare, есть период, в который вы можете записаться на участие в Части А и Части В Medicare. Если вы получите право на участие в Medicare, когда вам исполнится 65 лет, ваш период первоначального зачисления — это 7-месячный период, который начинается за 3 месяца до месяца, когда вам исполнится 65 лет, включает месяц, когда вам исполнится 65 лет, и заканчивается через 3 месяца после месяца, когда вам исполнится 65 лет.

План Medicare Advantage (MA) – иногда называется Medicare Часть С. План, предлагаемый частной компанией, которая заключает контракт с Medicare на предоставление вам всех льгот по Части А и Части В Medicare. План Medicare Advantage Plan может быть i) HMO, ii) PPO, iii) Private Fee-for-Service (PFFS) или iv) Medicare Medical Savings Account (MSA). Помимо выбора из этих типов планов, план Medicare Advantage HMO или PPO также может быть планом для особых нужд (SNP). В большинстве случаев планы Medicare Advantage Plan также предлагают Часть D Medicare (покрытие рецептурных лекарств). Такие планы называются **планами Medicare Advantage с покрытием рецептурных лекарств (Medicare Advantage Plans with Prescription Drug Coverage)**.

План PACE (Программа комплексного ухода за пожилыми людьми, Program of All-Inclusive Care for the Elderly) – это план, который объединяет медицинские, социальные и долгосрочные услуги и поддержку (LTSS) для немощных людей, чтобы помочь им как можно дольше оставаться независимыми и жить в своей общине (а не переезжать в дом престарелых). Люди, зачисленные в планы PACE, получают через этот план льготы Medicare и Medicaid.

Глава 12 Определения важных слов

План медицинского страхования Medicare – предлагается частной компанией, которая заключила контракт с Medicare на предоставление льгот по Части А и Части В людям с Medicare, зачисленным в этот план. Этот термин включает все планы Medicare Advantage Plan, планы Medicare Cost Plan, планы для особых нужд, демонстрационные/пилотные программы и программы комплексного ухода за пожилыми людьми (PACE).

Повседневный уход – это личный уход, предоставляемый в доме престарелых, хосписе или другом учреждении, когда вам не требуется квалифицированный медицинский уход или квалифицированная медсестринская помощь. Повседневный уход, осуществляемый людьми, не имеющими профессиональных навыков или подготовки, включает помощь в повседневной жизни: купание, одевание, приём пищи, вставание с кровати или стула, передвижение и использование туалета. Он также может включать в себя такие виды медицинского ухода, которые большинство людей выполняют самостоятельно, например использование глазных капель. Medicare не оплачивает повседневный уход.

Покрываемые лекарства – термин, которым мы обозначаем все рецептурные лекарства, покрываемые нашим планом.

Покрываемые услуги – термин, которым мы обозначаем все медицинские услуги и принадлежности, покрываемые нашим планом.

Покрытие рецептурных лекарств Medicare (Часть D Medicare) – страхование, помогающее оплачивать амбулаторные рецептурные лекарства, вакцины, биологические продукты и некоторые расходные материалы, не покрываемые Частью А или Частью В Medicare.

Полис Medigap (Medicare Supplement Insurance) – дополнительное страхование Medicare, продаваемое частными страховыми компаниями для заполнения “пробелов” в Original Medicare. Полисы Medigap работают только с Original Medicare. (План Medicare Advantage Plan не является полисом Medigap.)

Помощник по дому – человек, предоставляющий услуги, не требующие навыков лицензированной медсестры или терапевта, такие как помощь в личном уходе (например, принятие ванны, пользование туалетом, одевание или выполнение предписанных упражнений).

Порог расходов – максимальная сумма, которую вы платите из своего кармана за лекарства Части D.

Поставщик первичной медицинской помощи (PCP) – врач или другой поставщик, к которому вы обращаетесь в первую очередь для решения большинства проблем со здоровьем. Во многих медицинских планах Medicare вы должны в первую очередь обратиться к своему поставщику первичной медицинской помощи, прежде чем обратиться к любому другому поставщику медицинских услуг.

Глава 12 Определения важных слов

Пребывание в стационаре – пребывание в больнице, когда вы были официально помещены туда для получения квалифицированных медицинских услуг. Даже если вы останетесь в больнице на ночь, вы всё равно можете считаться амбулаторным пациентом.

Предварительное разрешение – предварительное разрешение на использование услуг или определённых лекарств. Покрываемые услуги, требующие предварительного разрешения, отмечены в Таблице медицинских льгот в главе 4. Покрываемые лекарства, требующие предварительного разрешения, отмечены в формулярном списке, а наши критерии опубликованы на нашем сайте.

Прекращение участия или исключение из плана – процесс прекращения вашего участия в нашем плане.

Претензия – вид жалобы, которую вы подаёте в отношении нашего плана, поставщиков или аптек, включая жалобу на качество вашего ухода. Это не касается споров о покрытии или оплате.

Программа скидок от производителя – программа, в рамках которой производители лекарств оплачивают часть полной стоимости покрываемых Частью D фирменных лекарств и биопрепаратов. Скидки предоставляются на основании соглашений между Федеральным правительством и производителями лекарств.

Протезы и ортезы – медицинские приспособления, включая, помимо прочего, скобы для рук, спины и шеи; протезы конечностей; искусственные глаза; приспособления, необходимые для замены внутренней части тела или функции, включая принадлежности для остомии и энтеральное и парентеральное лечебное питание.

Распределение расходов – суммы, которые участник должен заплатить при получении услуг или лекарств (это в дополнение к ежемесячному страховому взносу по плану). Распределение расходов включает в себя любую комбинацию следующих трёх видов платежей: (1) любая сумма франшизы, которую план может установить до покрытия услуг или лекарств; (2) любая фиксированная сумма “совместного платежа”, которую план требует при получении конкретной услуги или лекарства; или (3) любая сумма “сострахования”, процент от общей суммы, выплаченной за услугу или лекарство, которую план требует при получении конкретной услуги или лекарства.

Расходы из собственных средств – см. определение распределения расходов выше. Требование к участнику плана оплатить его часть по распределению расходов на часть полученных услуг или лекарств также называется требованием о расходах из собственных средств участника плана.

Реабилитационные услуги – эти услуги включают физиотерапию, логопедическую и языковую терапию, а также трудотерапию.

Глава 12 Определения важных слов

Сетевая аптека – аптека, заключившая договор с нашим планом, в которой участники нашего плана могут получать льготные рецептурные лекарства. В большинстве случаев ваши рецепты покрываются только при условии получения лекарств по ним в одной из наших сетевых аптеках.

Сетевой поставщик, поставщик – это общий термин для врачей, других медицинских работников, больниц и других медицинских учреждений, которые лицензированы или сертифицированы Medicare и государством для предоставления медицинских услуг.

Сетевые поставщики имеют соглашение с нашим планом о принятии платежей от нас в качестве полной оплаты, а в некоторых случаях — о координации и предоставлении покрываемых услуг участникам нашего плана. Сетевые поставщики также называются “поставщиками плана”.

Скорая помощь – покрываемые услуги, которые: (1) предоставляются поставщиком, имеющим право на оказание экстренных услуг; и (2) необходимы для лечения, оценки или стабилизации экстренного медицинского состояния.

Служба поддержки клиентов – отдел нашего плана, отвечающий на ваши вопросы о членстве, льготах, жалобах и апелляциях.

Совместный платёж – сумма, которую вам, возможно, придётся заплатить в качестве своей доли стоимости медицинской услуги или принадлежности, например визита к врачу, амбулаторного посещения больницы или рецептурного лекарства. Совместный платёж — это установленная сумма (например, \$10), а не процент.

Сострахование – сумма, которую вы должны заплатить, выраженная в процентах (например, 20%), как свою долю стоимости услуг или рецептурных лекарств после уплаты любых франшиз.

Список покрываемых лекарств (Формулярный список или Список лекарств) – список рецептурных лекарств, покрываемых планом.

Справочник страхователя (Evidence of Coverage, EOC) и предоставляемая информация – это документ вместе с вашей регистрационной формой и любыми другими приложениями, райдерами или другим выбранным дополнительным покрытием, в котором объясняется ваше страховое покрытие, что мы должны делать, ваши права и что вы должны делать как участник нашего плана.

Стадия катастрофического покрытия – стадия льготного покрытия лекарств Части D, которая начинается, когда вы (или другие квалифицированные лица от вашего имени) потратили \$2,000 на лекарства, покрываемые Частью D, в течение покрываемого года. На этом этапе оплаты вы ничего не платите за покрываемые лекарства Части D.

Страховой взнос – периодический платёж в пользу Medicare, страховой компании или медицинского плана за медицинское обслуживание или рецептурное лекарственное обеспечение.

Глава 12 Определения важных слов

Ступенчатая терапия – инструмент применения, который требует, чтобы вы сначала попробовали другое лекарство для лечения своего заболевания, прежде чем мы будем покрывать лекарство, которое ваш врач мог назначить изначально.

Субсидия для малоимущих (Low Income Subsidy, LIS) – см. “Дополнительная помощь”.

Услуги, покрываемые Medicare – услуги, покрываемые Частью А и Частью В Medicare. Все медицинские планы Medicare должны покрывать все услуги, которые покрываются Частью А и В Medicare. Термин “услуги, покрываемые Medicare” не включает дополнительные льготы, такие как зрение, стоматология или слух, которые может предложить план Medicare Advantage.

Установление покрытия – это решение, которое принимает наш план о том, покрываются ли предметы или услуги, или о том, сколько вы должны заплатить за покрываемые предметы или услуги. В данном документе установления покрытия называются “решениями о покрытии”.

Уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF) – квалифицированный сестринский уход и реабилитационные услуги, предоставляемые постоянно и ежедневно в учреждении квалифицированного сестринского ухода. Примерами такого ухода могут служить физиотерапия или внутривенные инъекции, которые может осуществлять только дипломированная медсестра или врач.

Участник (участник нашего плана или участник плана) – человек со страховым покрытием Medicare, имеющий право на получение покрываемых услуг, который вступил в наш план и чье участие было подтверждено Центрами по обслуживанию Medicare и Medicaid (CMS).

Фирменное лекарство – рецептурное лекарство, которое производится и продается фармацевтической компанией, первоначально исследовавшей и разработавшей его. У фирменных лекарств та же формула активного действующего вещества, что и у дженерик-версии. Но дженерики производятся и продаются другими производителями лекарств и, как правило, становятся доступными только после истечения срока действия патента на фирменное лекарство.

Франшиза – сумма, которую вы должны заплатить за медицинское обслуживание или рецептурные лекарства, прежде чем наш план оплатит их.

Хоспис – льгота, предоставляющая специальное лечение участнику программы, который по медицинским показаниям считается неизлечимо больным, то есть ожидаемая продолжительность жизни составляет 6 месяцев или менее. Мы, ваш план, должны предоставить вам список хосписов в вашем географическом регионе. Если вы выбрали хоспис и продолжаете платить страховые взносы, то вы по-прежнему являетесь участником нашего плана. Вы по-прежнему можете получать все необходимые по медицинским показаниям услуги, а также дополнительные льготы, которые мы предлагаем.

Глава 12 Определения важных слов

Центры по обслуживанию Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – федеральное агентство, управляющее программой Medicare.

Часть С – см. план Medicare Advantage (MA) Plan.

Часть D – добровольная программа льгот Medicare на рецептурные лекарства.

Штраф за позднее вступление в Часть D – сумма, добавляемая к вашему ежемесячному страховому взносу за лекарственное покрытие Medicare, если вы остаётесь без кредитоспособного покрытия (покрытия, которое, как ожидается, будет оплачивать в среднем не меньше, чем стандартное покрытие рецептурных лекарств Medicare) в течение 63 дней или более после того, как вы впервые получили право присоединиться к плану Части D. Если вы лишитесь “Дополнительной помощи”, на вас может быть наложен штраф за позднее вступление в план, если у вас не было страхового покрытия Части D или другого кредитоспособного покрытия рецептурных лекарств 63 или более дней подряд.

Экстренная медицинская ситуация – это когда вы или любой другой здравомыслящий человек, обладающий средними знаниями о здоровье и медицине, считаете, что у вас появились медицинские симптомы, требующие немедленной медицинской помощи, чтобы предотвратить потерю жизни (а если вы беременная женщина, то и потерю нерождённого ребёнка), потерю конечности или функции конечности, потерю или серьёзное нарушение функции организма. Медицинскими симптомами могут быть болезнь, травма, сильная боль или состояние здоровья, которое быстро ухудшается.

Этап первоначального покрытия – это этап, на котором ваши расходы за год не достигают пороговой суммы.

Служба поддержки клиентов Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

| Метод | Служба поддержки клиентов – контактная информация |
|-----------------|---|
| ЗВОНОК | 503-574-8000 или 1-800-603-2340 Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. В службе поддержки клиентов также есть бесплатные услуги переводчика для лиц, не владеющих английским языком. |
| TTY | 711 Звонки на этот номер бесплатные. Часы работы: с 8 а.м. по 8 р.м. (Тихоокеанское время), семь дней в неделю. |
| ФАКС | 503-574-8608 |
| НАПИСАТЬ | Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548 |
| САЙТ | www.ProvidenceHealthAssurance.com |

Помощь в получении льгот по медицинскому страхованию для пожилых людей (Senior Health Insurance Benefits Assistance, Oregon SHIP)

Помощь в получении льгот по медицинскому страхованию для пожилых людей (SHIBA) – это государственная программа, которая получает деньги от федерального правительства для предоставления бесплатных местных консультаций по медицинскому страхованию людям с Medicare.

| Метод | Контактная информация |
|-----------------|--|
| ЗВОНОК | 1-800-722-4134 |
| TTY | 711 |
| НАПИСАТЬ | SHIBA 500 Summer St. NE, E-12 Salem, OR 97301 Email: shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov |
| САЙТ | www.shiba.oregon.gov |

Заявление о раскрытии информации Согласно Закону о сокращении бумажной работы от 1995 года, никто не обязан отвечать на запросы о сборе информации, если на них не указан действительный контрольный номер OMB. Действующий контрольный номер OMB для данного сбора информации — 0938-1051. Если у вас есть замечания или предложения по улучшению данной формы, пожалуйста, пишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-603-2340 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-603-2340 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على [1-800-603-2340]. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-603-2340 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-603-2340 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-603-2340 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-603-2340 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。