

# 2026

# Справочник

# страхователя

---

## План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Этот документ предназначен для участников, проживающих на территории штата Орегон в округах Клакамас, Малтнома и Вашингтон

Мы признательны вам за то, что вы отдали предпочтение программам медицинского страхования Providence Medicare Advantage. Нам приятно, что вы стали нашим участником. В этом документе представлена вся необходимая информация об услугах, льготах и возможностях вашего плана медицинского страхования и о том, как вы можете ими пользоваться с максимальной пользой для себя.

### **Есть вопросы? Мы всегда готовы помочь.**

- + Посетите наш сайт [ProvidenceHealthAssurance.com](https://ProvidenceHealthAssurance.com)**
- + Свяжитесь с нами по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340. Мы работаем с 08:00 до 20:00 (по тихоокеанскому поясному времени) без выходных. В период с 1 апреля по 30 сентября мы не работаем по субботам и воскресеньям.**
- + У вас нарушение слуха и вы пользуетесь телетайпом? Наберите 711 (звонок бесплатный)**

**1 января — 31 декабря 2026 г.**

## **Справочник страхователя на 2026 год:**

### **Ваши медицинские льготы и услуги Medicare и покрытие 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 лекарств с 1 января по 31 декабря 2026 года. **Это важный правовой документ, поэтому просим хранить его в надежном месте.**

В нем изложены ваши льготы и права, а также информация о следующем:

- страховой взнос по вашему плану и распределение расходов;
- наши льготы на медицинское обслуживание и лекарства;
- как подать жалобу, если вы недовольны обслуживанием или лечением;
- как связаться с нами;
- прочие меры защиты, предусмотренные законом о программе Medicare.

**По вопросам, связанным с этим документом, обращайтесь в нашу службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340. (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711). С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское стандартное время). Звонок бесплатный.**

План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) предоставляется Providence Health Assurance. (Под словами «мы», «нас» или «наш» в этом Справочнике страхователя подразумевается организация Providence Health Assurance. Слова «план» или «наш план» означают план Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)).

Этот документ доступен бесплатно на испанском, вьетнамском, русском, китайском (упрощенном), арабском и сомалийском 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 2027 г.

Формулярный список покрываемых нашей медицинской страховкой лекарств, аптечная сеть и/или сеть поставщиков услуг могут быть изменены в любое время. Вы получите уведомление о любых изменениях, которые могут вас коснуться, не менее чем за 30 дней.

H9047\_2026PD\_PHA1571\_C

**Содержание****Содержание**

<b>ГЛАВА 1 Первые действия участника .....</b>	<b>5</b>
РАЗДЕЛ 1 Вы являетесь участником плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).....	5
РАЗДЕЛ 2 Условия для участия в плане .....	7
РАЗДЕЛ 3 Важные материалы для участников .....	9
РАЗДЕЛ 4 Краткое описание важных расходов.....	12
РАЗДЕЛ 5 Более подробная информация о ежемесячном страховом взносе .....	17
РАЗДЕЛ 6 Следите за актуальностью записи о членстве в плане .....	18
РАЗДЕЛ 7 Как другие виды страхования сочетаются с нашим планом .....	19
<b>ГЛАВА 2 Номера телефонов и ресурсы .....</b>	<b>21</b>
РАЗДЕЛ 1 Контактная информация Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) .....	21
РАЗДЕЛ 2 Получение помощи от Medicare .....	26
РАЗДЕЛ 3 Государственная программа помощи по медицинскому страхованию (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).....	27
РАЗДЕЛ 4 Организация по улучшению качества (Quality Improvement Organization, QIO).....	28
РАЗДЕЛ 5 Служба социального обеспечения .....	29
РАЗДЕЛ 6 Программа Medicaid.....	30
РАЗДЕЛ 7 Программы, помогающие людям оплачивать рецептурные лекарства .....	32
РАЗДЕЛ 8 Совет по делам пенсионеров-железнодорожников (RRB) .....	35
РАЗДЕЛ 9 Если у вас групповая или другая медицинская страховка от работодателя.....	36
РАЗДЕЛ 10 Получение помощи от Службы ресурсов для пожилых людей и лиц с инвалидностью штата Орегон (Aging and Disability Resource Connection of Oregon, ADRC) .....	37
<b>ГЛАВА 3 Использование нашего плана для оплаты медицинских услуг .....</b>	<b>38</b>
РАЗДЕЛ 1 Как получить медицинское обслуживание участникам нашего плана.....	38
РАЗДЕЛ 2 Для получения медицинского обслуживания обращайтесь к поставщикам услуг, входящим в сеть плана .....	40
РАЗДЕЛ 3 Как получить услуги в чрезвычайных ситуациях, во время стихийных бедствий или когда вам требуется экстренная помощь .....	45

**Содержание**

РАЗДЕЛ 4	Что делать, если вам выставили счет за полную стоимость покрываемых услуг? .....	48
РАЗДЕЛ 5	Медицинские услуги при участии в клиническом исследовании .....	49
РАЗДЕЛ 6	Правила получения медицинской помощи в религиозном учреждении непрофессионального медицинского обслуживания .....	51
РАЗДЕЛ 7	Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования .....	52
<b>ГЛАВА 4:</b>	<b>Таблица медицинских льгот (что покрывается) .....</b>	<b>56</b>
РАЗДЕЛ 1	Информация о покрываемых услугах.....	56
РАЗДЕЛ 2	В Таблице медицинских льгот перечислены ваши медицинские льготы и расходы .....	57
РАЗДЕЛ 3	Услуги, которые покрываются вне плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) .....	133
РАЗДЕЛ 4	Услуги, которые не покрываются-нашим планом .....	134
<b>ГЛАВА 5</b>	<b>Как пользоваться покрытием плана на лекарства в рамках Части D .....</b>	<b>140</b>
РАЗДЕЛ 1	Основные правила покрытия лекарств в рамках Части D нашего плана .....	140
РАЗДЕЛ 2	Получение лекарств по рецепту в сетевой аптеке или через службу почтовой доставки нашего плана .....	141
РАЗДЕЛ 3	Ваши лекарства должны быть включены в «Список лекарств» нашего плана .....	145
РАЗДЕЛ 4	Препараты с ограничениями по покрытию .....	147
РАЗДЕЛ 5	Что делать, если покрытие вашего лекарства отличается от ожидаемого.....	149
РАЗДЕЛ 6	Наш «Список лекарств» может меняться в течение года .....	151
РАЗДЕЛ 7	Виды лекарств, которые мы не покрываем .....	153
РАЗДЕЛ 8	Как заполнить рецепт .....	155
РАЗДЕЛ 9	Покрытие лекарств по Части D в особых ситуациях .....	155
РАЗДЕЛ 10	Программы по безопасности лекарств и управлению лекарствами.....	157
<b>ГЛАВА 6</b>	<b>Сколько вы платите за лекарства по Части D .....</b>	<b>160</b>
РАЗДЕЛ 1	Сколько вы платите за лекарства по программе Части D .....	160
РАЗДЕЛ 2	Уровни оплаты лекарств для участников Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) .....	163

**Содержание**

РАЗДЕЛ 3	В «Объяснении льгот по Части D» показано, на каком уровне оплаты вы находитесь.....	163
РАЗДЕЛ 4	Для Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) франшиза не предусмотрена .....	165
РАЗДЕЛ 5	Уровень первоначального покрытия .....	165
РАЗДЕЛ 6	Уровень катастрофического покрытия .....	170
РАЗДЕЛ 7	Информация о дополнительных льготах .....	170
РАЗДЕЛ 8	Сколько вы платите за вакцины по программе Части D .....	170
<b>ГЛАВА 7 Обращение к нам с просьбой оплатить нашу долю счета, полученного вами за покрываемые медицинские услуги или лекарства.....</b>		<b>173</b>
РАЗДЕЛ 1	Ситуации, когда вы должны попросить нас выплатить нашу долю за покрываемые услуги или лекарства .....	173
РАЗДЕЛ 2	Как обратиться к нам с запросом о возмещении или оплате полученного вами счета .....	176
РАЗДЕЛ 3	Мы рассмотрим вашу заявку на оплату и ответим «да» или «нет».....	177
<b>ГЛАВА 8: Ваши права и обязанности.....</b>		<b>178</b>
РАЗДЕЛ 1	Наш план должен уважать ваши права и культурные особенности.....	178
РАЗДЕЛ 2	Ваши обязанности как участника нашего плана .....	190
<b>ГЛАВА 9 Если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы) .....</b>		<b>193</b>
РАЗДЕЛ 1	Что делать, если у вас возникли проблемы или сомнения .....	193
РАЗДЕЛ 2	Где получить дополнительную информацию и индивидуальную помощь .....	194
РАЗДЕЛ 3	Каким процессом воспользоваться для решения вашей проблемы .....	195
РАЗДЕЛ 4	Решение проблем, связанных с вашими льготами Medicare .....	196
РАЗДЕЛ 5	Руководство по принятию решений о страховом покрытии и апелляциям.....	197
РАЗДЕЛ 6	Медицинское обслуживание: как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию.....	201
РАЗДЕЛ 7	Лекарства Части D: как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию .....	210
РАЗДЕЛ 8	Как запросить более длительное пребывание в стационаре, если вы считаете, что вас выписывают слишком рано.....	221

**Содержание**

РАЗДЕЛ 9	Как попросить нас продолжить покрытие определенных медицинских услуг, если вы считаете, что ваше покрытие заканчивается слишком рано .....	227
РАЗДЕЛ 10	Переход вашей апелляции на уровни 3, 4 и 5.....	232
РАЗДЕЛ 11	Как подать жалобу на качество медицинского обслуживания, время ожидания, службу поддержки клиентов или другие проблемы.....	235
РАЗДЕЛ 12	Решение проблем, связанных с вашими льготами Medicaid.....	239
<b>ГЛАВА 10</b>	<b>Прекращение вашего участия в плане.....</b>	<b>243</b>
РАЗДЕЛ 1	Прекращение участия в нашем плане.....	243
РАЗДЕЛ 2	Когда вы можете прекратить участие в нашем плане?.....	243
РАЗДЕЛ 3	Как прекратить участие в нашем плане .....	247
РАЗДЕЛ 4	Пока ваше участие не закончится, вы должны продолжать получать медицинские товары, услуги и лекарства по нашему плану .....	248
РАЗДЕЛ 5	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) должен прекратить ваше участие в нашем плане в определенных ситуациях .....	249
<b>ГЛАВА 11:</b>	<b>Юридические сведения .....</b>	<b>252</b>
РАЗДЕЛ 1	Уведомление о регулирующем законодательстве .....	252
РАЗДЕЛ 2	Уведомление о недопущении дискриминации .....	252
РАЗДЕЛ 3	Уведомление о правах суброгации вторичного плательщика Medicare.....	253
РАЗДЕЛ 4	Уведомление о непредвиденных обстоятельствах .....	253
РАЗДЕЛ 5	Ответственность перед третьими лицами .....	254
<b>ГЛАВА 12:</b>	<b>Определения .....</b>	<b>257</b>

# ГЛАВА 1:

## Первые действия участника

### РАЗДЕЛ 1 Вы являетесь участником плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

---

**Раздел 1.1 Вас зачислили в план Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), которая является специализированным планом Medicare Advantage (планом для лиц с особыми потребностями)**

Вам предоставляется страховое покрытие в рамках программ Medicare и Medicaid:

- **Medicare** — это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше, некоторых людей в возрасте до 65 лет с определенными формами инвалидности, а также людей с почечной недостаточностью в последней стадии (отказ почек).
- **Medicaid** — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым людям с ограниченными доходами и ресурсами. Объем страхового покрытия по программе Medicaid может различаться в зависимости от штата и типа вашего плана. Некоторые участники плана Medicaid получают помощь в оплате страховых взносов и других расходов по программе Medicare. Кроме того, некоторые получают покрытие дополнительных услуг и лекарств, которые не покрываются программой Medicare.

Вы выбрали получение медицинского обслуживания Medicare и покрытия 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. Наш план покрывает все услуги в рамках Части А и Части В. Однако распределение расходов и доступ к поставщикам услуг в нашем 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, которые участвуют в программе Medicare, а также имеют право на помощь по программе Medicaid.

**Глава 1 Первые действия участника**

---

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 большую часть 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 (глава 4) распределение расходов указано как 0 долл. США, поскольку именно столько вы заплатите в большинстве случаев. План Oregon Health Plan (Medicaid) также предоставляет вам другие льготы, покрывая медицинские услуги, долгосрочный уход и рецептурные лекарства, которые обычно не покрываются программой Medicare. Вы также получите «Дополнительную помощь» от Medicare для оплаты стоимости лекарств по этой программе. Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) поможет вам пользоваться всеми этими льготами, обеспечивая доступ к медицинским услугам и финансовую поддержку, на которые вы 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. В рамках нашего плана также заключен договор с программой Oregon Medicaid для координации предоставляемых вам льгот по программе Medicaid. Мы рады предоставить вам покрытие медицинских услуг Medicare, в том числе покрытие лекарств.

**Раздел 1.2 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 изменениях в вашем покрытии или условиях, которые влияют на ваше покрытие. Эти уведомления иногда называются *райдерами* или *поправками*.

Договор действует в течение всех месяцев, пока вы являетесь участником плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) в период с 1 января 2026 года по 31 декабря 2026 года.

Medicare позволяет нам вносить изменения в наши предлагаемые планы каждый календарный год. Это означает, что мы можем изменить расходы и льготы по плану Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) после 31 декабря 2026 года. Мы также можем прекратить предлагать наш план в вашей зоне обслуживания после 31 декабря 2026 года.



Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) и Oregon Health Plan (Medicaid) должны утвердить Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Вы можете каждый год получать покрытие от Medicare как участник нашего плана, пока мы предлагаем данный план, а Medicare и Oregon Health Plan (Medicaid) продлевают одобрение нашего плана.

## **РАЗДЕЛ 2 Условия для участия в плане**

---

### **Раздел 2.1 Условия для участия в плане**

Вы имеете право на участие в нашем плане, если отвечаете всем следующим условиям:

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

#### **Специальные требования для участия в нашем плане.**

Наш план разработан для удовлетворения потребностей людей, получающих определенные льготы в рамках плана Medicaid (Medicaid — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, которая помогает оплачивать медицинские расходы некоторым людям с ограниченными доходами и ресурсами). Чтобы воспользоваться нашим планом, вы должны иметь право на участие как в плане Medicare, так и на получение полного пособия Medicaid.

Примечание. Если вы утратили право на участие, но есть веские основания полагать, что вы восстановите его в течение месяца, то вы сохраняете право на участие. Раздел 2 главы 4 содержит информацию о страховом покрытии и распределении расходов в период вашего права на продолжение участия в плане.

## **Раздел 2.2 Программа Medicaid**

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, Medicaid предлагает программы, помогающие людям 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:

- **Программа для отвечающих требованиям получателей страхового обеспечения Medicare (Qualified Medicare Beneficiary) с полным пакетом льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid) (QMB+):** помогает оплачивать страховые взносы в рамках Части А и Части В программы 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).
- **Программа для получателей страхового обеспечения Medicare с установленным низким доходом (Specified Low-Income Medicare Beneficiary) и полным пакетом льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid) (SLMB+):** помогает оплачивать страховые взносы в рамках Части В людям, которые также имеют право на получение полного пакета льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid) и на распределение расходов по льготам, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid).

## **Раздел 2.3 Зона 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 зоне обслуживания нашего плана. Зона обслуживания описана ниже.

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

Если вы планируете переехать в другой штат, вам также следует связаться с офисом Medicaid вашего штата и узнать, как этот переезд повлияет на ваши льготы по программе Medicaid. Номера телефонов Medicaid приведены в разделе 6 главы 2 этого документа.

**Глава 1 Первые действия участника**

Если вы переезжаете за пределы зоны обслуживания нашего плана, вы не сможете оставаться участником этого плана. Позвоните в службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711), чтобы узнать, предлагается ли наш план в вашем новом регионе проживания. В случае переезда вам предоставляется специальный период регистрации, в течение которого вы можете перейти на Original Medicare либо присоединиться к плану медицинского обслуживания или плану страхования лекарств Medicare, доступному по новому месту жительства.

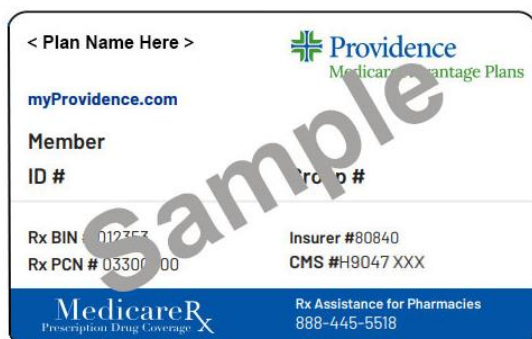
Если вы переезжаете или меняете свой почтовый адрес, также необходимо позвонить в службу социального обеспечения. Позвоните в Службу социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-800-325-0778).

**Раздел 2.4 Гражданин США или лицо, находящееся в стране на законных основаниях**

Чтобы присоединиться к плану медицинского страхования Medicare, вы должны быть гражданином США или находиться в стране на законных основаниях. Medicare (the 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****Раздел 3.1 Карта участника нашего плана**

Используйте свою карту участника при обращении за услугами, покрываемыми данным планом, и при покупке рецептурных препаратов в сетевых аптеках. Вы также должны предъявить поставщику свою карту Medicaid. Образец карты участника:



**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 ее, если вам потребуется стационарное обслуживание, услуги хосписа или участие в одобренных Medicare клинических научных исследованиях, называемых также клиническими испытаниями.

Если карта участника нашего плана была повреждена, утеряна или украдена, немедленно позвоните в службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711), и мы вышлем вам новую карту.

**Раздел 3.2 Справочник поставщиков и аптек**

*В Справочнике аптек и поставщиков*

[www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) перечислены поставщики, входящие в нашу действующую сеть. Отмечены поставщики услуг, которые также принимают план Oregon Health Plan (Medicaid). Для получения услуг по плану 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 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 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 придется заплатить полную стоимость. Исключение 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). Поставщики должны быть включены в план Oregon Health Plan (Medicaid) для надлежащего оформления франшиз и распределения расходов Medicare.

**Глава 1 Первые действия участника**

---

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. Воспользуйтесь *Справочником аптек и поставщиков*, чтобы найти нужную вам сетевую аптеку. Информация о том, когда можно пользоваться услугами аптек, не входящих в сеть нашего плана, приведена в разделе 2.5 главы 5.

Если у вас нет *Справочника поставщиков и аптек*, вы можете запросить копию (в электронном или печатном виде) в службе поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711). Вы также можете найти эту информацию на нашем сайте по адресу [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider). Запрошенные бумажные экземпляры Справочников поставщиков услуг будут отправлены вам по почте в течение 3 рабочих дней.

Актуальный список поставщиков услуг и снабжения размещен на нашем сайте по адресу [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider).

**Раздел 3.3 Список лекарств (Формулярный список)**

В нашем плане есть Список покрываемых лекарств (также называемый Списком лекарств или Формулярным списком). В нем указано, какие рецептурные лекарства покрываются льготой по Части D, включенной в план Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Лекарства, включенные в этот список, подбираются в соответствии с планом с помощью врачей и фармацевтов. Список лекарств должен соответствовать требованиям Medicare. Лекарства, цены на которые были согласованы в рамках программы Medicare Drug Price Negotiation Program будут включены в ваш Список лекарств, если их не удалили и не заменили в соответствии с разделом 6 главы 5. Список лекарств Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) был утвержден программой Medicare.

В «Списке лекарств» также указано, есть ли какие-либо правила, ограничивающие покрытие ваших лекарств.

Мы предоставим вам копию «Списка лекарств». Для получения наиболее полной и актуальной информации о том, какие лекарства входят в покрытие, посетите сайт ([www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary)) или позвоните в службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

## РАЗДЕЛ 4 Краткое описание важных расходов

	Ваши расходы в 2026 году
<b>Ежемесячный страховой взнос по плану *</b> * Ваш страховой взнос может быть больше этой суммы. Больше информации доступно в разделе 4.1.	0 долл. США
<b>Максимальная сумма расходов из собственных средств</b> Это <u>максимальная</u> сумма, которую вы заплатите из собственных средств за покрываемые услуги (для получения подробной информации перейдите в раздел 1 главы 4).	9 250 долл. США  Вы не несете ответственности за оплату каких-либо расходов, превышающих максимальную сумму расходов из собственных средств, на покрываемые услуги в рамках Части А и Части В.
<b>Приемы в учреждении первичной медицинской помощи</b>	0 долл. США за прием
<b>Приемы специалистов</b>	0 долл. США за прием
<b>Пребывание в стационаре</b>	0 долл. США за прием
<b>Франшиза на покрытие лекарств по Части D</b>  (для получения подробной информации перейдите в раздел 4 главы 6).	Франшиза: 0 долл. США

Ваши расходы в 2026 году	
<p><b>Совместный платеж / сострахование на уровне первоначального покрытия:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• за дженерики вы вносите доплату в размере 0, 1,60 или 5,10 долл. США за рецепт.</li><li>• за все другие лекарства вы делаете совместный платеж в размере 0 долл., 4,90 долл. или 12,65 долл. за рецепт.</li></ul> <p><b>Уровень катастрофического покрытия:</b></p> <p><b>На этом уровне оплаты вы ничего не платите за покрываемые лекарства Части D.</b></p>	<p><b>Покрытие лекарств по Части D</b></p> <p>(Больше информации доступно в главе 6, в том числе касательно уровней Годовой безусловной франшизы, Первоначального покрытия и Катастрофического покрытия).</p>

Ваши расходы могут включать следующее:

- страховой взнос по плану (раздел 4.1);
- ежемесячный страховой взнос в рамках Части В программы Medicare (раздел 4.2);
- штраф за позднее вступление в Часть D (раздел 4.3);
- ежемесячная корректирующая сумма, зависящая от дохода (раздел 4.4);
- сумма плана оплаты рецептурных препаратов Medicare (раздел 4.5).

#### Раздел 4.1 Страховой взнос по плану

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

Если вы уже получаете помощь по одной из этих программ, **информация о страховых взносах в этом Справочнике страхователяк вам не относится.** 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, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) и попросите предоставить вам *LIS Rider*.

## **Раздел 4.2 Ежемесячный страховой взнос в рамках Части В программы 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 программе Medicaid и одновременно иметь Medicare по Части А и Medicare по Части В. Для большинства участников плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), Oregon Health Plan (Medicaid) оплачивает страховой взнос в рамках Части А (если вы автоматически не имеете на это право) и страховой взнос в рамках Части В.

**Если Medicaid не платит за вас страховые взносы по Medicare, вы должны продолжать платить страховые взносы по Medicare, чтобы оставаться участником нашего плана.** Это включает в себя страховой взнос в рамках Части В. Также вам может потребоваться выплачивать страховой взнос в рамках Части А, если вы не имеете 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 присоединения в течение 63 или более дней подряд у вас не было страхового покрытия по Части D или другого кредитоспособного покрытия 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 по Части D или другого кредитоспособного покрытия рецептурных лекарств. Вы должны будете оплатить этот штраф за период действия страхового покрытия по Части D.

Вы **не**должны платить штраф за позднее вступление в Часть D, если:

- Вы получаете дополнительную помощь от Medicare для оплаты расходов на лекарства.
- Продолжительность периода без кредитоспособного покрытия составила менее 63 дней подряд.



**Глава 1 Первые действия участника**

---

- У вас было кредитоспособное покрытие лекарств из другого источника (например от бывшего работодателя, профсоюза, TRICARE или Департамента по делам ветеранов (Veterans Health Administration, VA)). Ваша страховая компания или отдел кадров будет сообщать вам каждый год, является ли ваше покрытие лекарств кредитоспособным. Вы можете получить эту информацию в письме или информационном бюллетене этого плана. Сохраните эту информацию, поскольку она может понадобиться вам при последующем присоединении к плану лекарственного обеспечения Medicare.
  - **Примечание.** Во всех уведомлениях должно упоминаться, что у вас было кредитоспособное покрытие рецептурных лекарств, поскольку ожидается, что оно будет оплачивать в среднем не меньше, чем стандартный план по обеспечению лекарств Medicare.
  - **Примечание.** Дисконтные карты на рецептурные лекарства, бесплатные клиники и веб-сайты, предлагающие скидки на лекарства, не считаются кредитоспособным покрытием стоимости рецептурных лекарств.

**Medicare определяет размер штрафа за позднее вступление в Часть D.** Вот как это работает.

- Сначала подсчитайте количество полных месяцев, в течение которых вы откладывали вступление в план лекарственного обеспечения Medicare после того, как получили право на вступление. Либо подсчитайте количество полных месяцев, в течение которых у вас не было кредитоспособного покрытия 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, сумма штрафа составит 14 %.
- Затем Medicare определяет размер средней ежемесячной суммы страхового взноса по плану для планов лекарственного обеспечения Medicare в стране за предыдущий год (национальный базовый страховой взнос получателя льгот). В 2025 году средняя сумма страхового взноса составила 36,78 долл. США. Эта сумма может измениться в 2026 году.
- Чтобы рассчитать размер ежемесячного штрафа, умножьте сумму штрафа в процентах на национальный базовый страховой взнос получателя льгот и округлите полученное значение до ближайших 10 центов. В нашем примере размер штрафа составит 14 % от 36,78 долл. США или 5,149 долл. США. Эта сумма округляется до 5,10 долл. США. Эта сумма будет добавлена **к ежемесячному страховому взносу для тех, кто имеет штраф за позднее вступление в Часть D.**

**Глава 1 Первые действия участника**

---

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

- **Размер штрафа может меняться каждый год**, поскольку каждый год может меняться средняя ежемесячная сумма национального базового страхового взноса получателя льгот.
- **Вы продолжите платить штраф** каждый месяц до тех пор, пока участвуете в плане, предусматривающем льготы на лекарства Medicare в рамках Части D, даже если вы смените план.
- Если вам еще 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 вступление в Часть D будет 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 позднее вступление в Часть D, вы или ваш представитель можете запросить его пересмотр.** 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 позднее вступление. Однако если до присоединения к нашему плану вы уплачивали штраф, у вас может не быть другой возможности оспорить штраф за позднее присоединение к плану.

**Важно.** Не прекращайте выплачивать штраф за позднее вступление в Часть D, пока вы ждете пересмотра решения о штрафе за позднее вступление. В противном случае вы можете быть исключены из нашего плана за неуплату страховых взносов.

**Раздел 4.4 Ежемесячная корректирующая сумма, зависящая от дохода**

Если вы потеряете право на участие в этом плане в связи с изменением уровня дохода, от некоторых участников может потребоваться уплата дополнительного взноса за план Medicare, называемого «ежемесячная корректирующая сумма, зависящая от дохода» (IRMAA) по Части D. 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 определенное значение, то вам придется 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 [www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](http://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs).

**Глава 1 Первые действия участника**

---

Если вам придется заплатить дополнительную IRMAA, Служба социального обеспечения, а не ваш план Medicare, отправит вам письмо с указанием этой суммы. 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 нашему плану, если только вашего ежемесячного пособия недостаточно для покрытия дополнительной суммы долга. Если вашего пособия не хватит, чтобы покрыть дополнительную сумму, вы получите счет от Medicare. **Вы должны заплатить дополнительную сумму IRMAA государству. Ее нельзя оплатить за счет ежемесячного страхового взноса по плану. Если вы не заплатите дополнительную сумму IRMAA, вы будете исключены из нашего 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 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-800-325-0778).

**Раздел 4.5 Сумма плана оплаты рецептурных препаратов Medicare**

Если вы являетесь участником плана оплаты рецептурных лекарств Medicare, каждый месяц вы вносите страховой взнос по нашему плану (если он у вас есть) и получаете счет от своего медицинского или лекарственного плана на оплату рецептурных препаратов (вместо того, чтобы платить аптеке). Ваш ежемесячный счет складывается из суммы, которую вы должны заплатить за полученные рецептурные лекарства, и остатка за предыдущий месяц, разделенного на количество оставшихся месяцев в году.

В разделе 7 главы 2 содержится более подробная информация о плане оплаты рецептурных лекарств Medicare. Если вы не согласны с суммой, выставленной в счете при использовании данного варианта оплаты, вы можете предпринять действия, описанные в главе 9, чтобы подать жалобу или апелляцию.

**РАЗДЕЛ 5 Более подробная информация о ежемесячном страховом взносе**

---

**Раздел 5.1 Наш ежемесячный страховой взнос по плану не изменится в течение года**

Мы не имеем права изменять размер ежемесячного страхового взноса по нашему 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.

**Глава 1 Первые действия участника**

---

Однако в некоторых случаях вам можно будет прекратить уплату штрафа за позднее присоединение, если он был начислен, или наоборот, начать его уплату, если это потребуется. Это может произойти, если вы получите право воспользоваться программой «Дополнительная помощь» или потеряете право на участие в ней в течение года.

- Если в настоящее время вы платите штраф за позднее присоединение к плану по Части 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 Часть D, если у вас не было страхового покрытия в рамках Части D или другого кредитоспособного покрытия лекарств 63 или более дней подряд.

Подробнее о программе «Дополнительная помощь» вы можете узнать в разделе 7 главы 2.

---

**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 нашего плана, **используют данные о вашем членстве в плане, чтобы узнать, какие услуги и лекарства покрываются страховкой, а также суммы распределения расходов.** Поэтому очень важно, чтобы вы помогали нам поддерживать актуальность вашей информации.

**Сообщите нам о любом из следующих изменений:**

- изменения имени, адреса или номера телефона;
- 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));
- 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);

**Глава 1 Первые действия участника**

---

- если вы участвуете в клиническом исследовании (**Примечание:** вы не обязаны сообщать нашему плану о клинических исследованиях, в которых собираетесь участвовать, но мы рекомендуем вам сделать это).

Если какие-либо из этих данных изменятся, сообщите нам об этом, позвонив в службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

Также важно позвонить в Службу социального обеспечения, если вы переезжаете или меняете свой почтовый адрес. Позвоните в Службу социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-800-325-0778).

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**

---

Medicare требует от нас осуществлять сбор информации о любом другом медицинском страховании или страховании лекарств, которым вы пользуетесь, чтобы мы могли согласовать это страхование 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. Внимательно ознакомьтесь с этой информацией. Если все 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 по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711). Вам может понадобиться сообщить ID-номер участника плана другим страховщикам (после подтверждения их личности), чтобы ваши счета оплачивались правильно и своевременно.

Если у вас есть другой вид страхования (например, групповое медицинское покрытие от работодателя), по правилам, установленным Medicare определяется, кто оплачивает первым — наш план или ваше другое страхование. Страховая компания, которая платит первой («первичный плательщик») платит в рамках своего покрытия. Компания, которая платит второй («вторичный плательщик»), оплачивает расходы только в том случае, если часть расходов не покрыта первичным страхованием. Вторичный плательщик может оплатить не все непокрытые расходы. Если у вас есть другое страхование, сообщите об этом своему врачу, больнице и аптеке.

**Глава 1 Первые действия участника**

---

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 почечной недостаточности последней стадии (End-Stage Renal Disease, ESRD):
  - Если вам меньше 65 лет и вы нетрудоспособны, но 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 все еще 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 определенному типу:

- страхование «без вины» (включая автомобильное страхование);
- ответственность (включая автомобильное страхование);
- льготы для лиц с антракозом;
- 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:

# Номера телефонов и ресурсы

### РАЗДЕЛ 1 Контактная информация Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

По вопросам помощи с претензиями, оплатой счетов и картами участника звоните или пишите в службу поддержки клиентов Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Мы будем рады помочь.

Контактная информация службы поддержки клиентов	
<b>Телефон</b>	<p>503-574-8000 или 1-800-603-2340</p> <p>Звонки на этот номер бесплатные. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время).</p> <p>Служба поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) также предоставляет бесплатные услуги переводчика для лиц, не владеющих английским языком.</p>
<b>ТЕЛЕТАЙП</b>	<p>711</p> <p>Звонки на этот номер бесплатные. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время).</p>
<b>Факс</b>	<p>503-574-8608</p>
<b>Почтовый адрес</b>	<p>Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548</p>
<b>Веб-сайт</b>	<p><a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a></p>

## **Как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию по поводу вашего медицинского обслуживания и/или лекарств в рамках Части D**

Решение о покрытии — это решение, которое мы принимаем относительно предоставляемых вам льгот и покрытия или сумм, которые мы платим за ваши медицинские услуги или лекарства в рамках Части D. Апелляция — это официальный способ обратиться к нам с просьбой пересмотреть и изменить решение о покрытии. Для получения дополнительной информации о том, как запрашивать решения о покрытии и подавать апелляции по поводу вашего медицинского обслуживания или лекарств в рамках Части D, см. главу 9.

### **Решения о покрытии медицинского обслуживания — контактная информация**

<b>Телефон</b>	503-574-8000 или 1-800-603-2340  Звонки на этот номер бесплатные. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время).
<b>ТЕЛЕТАЙП</b>	711  Звонки на этот номер бесплатные. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время).
<b>Факс</b>	503-574-6464 или 1-800-989-7479
<b>Почтовый адрес</b>	Providence Health Assurance Attn: Health Care Services P.O. Box 4327 Portland, OR 97208-4327
<b>Веб-сайт</b>	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a>



**Решения о покрытии лекарств в рамках Части D — контактная информация**

<b>Телефон</b>	503-574-8000 или 1-800-603-2340  Звонки на этот номер бесплатные. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время).
<b>ТЕЛЕТАЙП</b>	711  Звонки на этот номер бесплатные. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время).
<b>Факс</b>	503-574-8646 или 1-800-249-7714
<b>Почтовый адрес</b>	Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125
<b>Веб-сайт</b>	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a>

**Апелляции по вопросам медицинского обслуживания и/или лекарств в рамках Части D — контактная информация**

<b>Телефон</b>	503-574-8000 или 1-800-603-2340  Звонки на этот номер бесплатные. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время).
<b>ТЕЛЕТАЙП</b>	711  Звонки на этот номер бесплатные. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время).
<b>Факс</b>	503-574-8757 или 1-800-396-4778

**Апелляции по вопросам медицинского обслуживания и/или лекарств в рамках Части D — контактная информация**

**Почтовый адрес** Providence Health Assurance  
Attn: Appeals and Grievances  
P.O. Box 4158  
Portland, OR 97208-4158

**Веб-сайт** [www.ProvidenceHealthAssurance.com](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com)

**Как подать жалобу на медицинское обслуживание и/или лекарства в рамках 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. Для получения дополнительной информации о том, как подать жалобу на медицинское обслуживание, перейдите в главу 9.

**Жалобы на медицинское обслуживание и/или лекарства в рамках Части D — контактная информация**

**Телефон** 503-574-8000 или 1-800-603-2340  
Звонки на этот номер бесплатные. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время).

**ТЕЛЕТАЙП** 711  
Звонки на этот номер бесплатные. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время).

**Факс** 503-574-8757 или 1-800-396-4778

**Почтовый адрес** Providence Health Assurance  
Attn: Appeals and Grievances  
P.O. Box 4158  
Portland, OR 97208-4158

### Жалобы на медицинское обслуживание и/или лекарства в рамках Части D — контактная информация

<b>Medicare Веб-сайт</b>	Чтобы подать жалобу на Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) непосредственно в Medicare, перейдите по адресу <a href="http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint">www.Medicare.gov/my/medicare-complaint</a> .
--------------------------	---

### Как запросить у нас оплату медицинских услуг или лекарств, которые вы получили

Если вы получили счет или оплатили услуги (например, счет поставщика), которые, по вашему мнению, должны оплатить мы, возможно, вам придется обратиться к нам за возмещением или оплатой счета поставщика. Для получения дополнительной информации перейдите к главе 7.

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.

Если вы отправили нам запрос на оплату и мы отклонили какую-либо часть вашего запроса, вы можете обжаловать наше решение. Для получения дополнительной информации перейдите к главе 9.

### Заявки на оплату — контактная информация

<b>Телефон</b>	503-574-8000 или 1-800-603-2340  Звонки на этот номер бесплатные. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время).
<b>ТЕЛЕТАЙП</b>	711  Звонки на этот номер бесплатные. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время).

Заявки на оплату — контактная информация		
Факс	Для медицинских претензий 503-574-8627	Для претензий по лекарствам в рамках Части D 503-574-8646
Почтовый адрес	Для медицинских претензий Providence Health Assurance Attn: Claims P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125	Для претензий по лекарствам в рамках Части D Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125
Веб-сайт	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a>	

## РАЗДЕЛ 2 Получение помощи от Medicare

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

Федеральное агентство, ответственное за Medicare, называется Центрами по обслуживанию Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Это агентство заключает контракты с организациями Medicare Advantage, включая наш план.

Medicare — контактная информация	
Телефон	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Звонки на этот номер бесплатные. 24 часа в сутки, 7 дней в неделю.
ТЕЛЕТАЙП	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.
Живой чат	Общайтесь в чате в режиме реального времени на сайте <a href="http://www.Medicare.gov/talk-to-someone">www.Medicare.gov/talk-to-someone</a> .

Medicare — контактная информация	
Почтовый адрес	Вы можете написать письмо в Medicare по адресу: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Веб-сайт	<p><a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Получите информацию о планах медицинского страхования и лекарственного обеспечения Medicare в вашем регионе, а также об их стоимости и предоставляемых услугах.</li><li>• Найдите врачей или других поставщиков медицинских услуг, участвующих в программе Medicare.</li><li>• Узнайте об услугах, покрываемых Medicare, включая профилактические услуги (например</li><li>• скрининги, прививки или вакцины, а также ежегодные профилактические осмотры).</li><li>• Получите информацию о подаче апелляций в Medicare и соответствующие формы.</li><li>• Получите информацию о качестве ухода, предоставляемого планами, домами престарелых, больницами, врачами, учреждениями по уходу на дому, центрами диализа, хосписами, стационарными реабилитационными центрами и больницами длительного ухода.</li><li>• Найдите полезные веб-сайты и номера телефонов.</li></ul> <p>Вы также можете использовать веб-сайт <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a>, чтобы сообщить Medicare о любых жалобах, которые у вас есть в отношении Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</p> <p><b>Чтобы подать жалобу в Medicare</b>, перейдите по ссылке <a href="http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint">www.Medicare.gov/my/medicare-complaint</a>. Medicare серьезно относится к вашим жалобам и использует эту информацию для улучшения качества программы Medicare.</p>

### РАЗДЕЛ 3 Государственная программа помощи по медицинскому страхованию (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Государственная программа помощи по медицинскому страхованию (SHIP) — это государственная программа, в рамках которой в каждом штате работают подготовленные консультанты, предоставляющие бесплатную помощь, информацию и ответы на ваши вопросы о Medicare. В штате Орегон программа SHIP называется Помощь в получении льгот по медицинскому страхованию для пожилых людей (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA).

**Глава 2 Номера телефонов и ресурсы**

SHIBA — это независимая (не связанная ни с одной страховой компанией или медицинским планом) программа штата, 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.

Метод	Помощь в получении льгот по медицинскому страхованию для пожилых людей (Senior Health Insurance Benefits Assistance, Oregon SHIP) — контактная информация
Телефон	1-800-722-4134
ТЕЛЕТАЙП	711
Почтовый адрес	SHIBA 500 Summer St. NE, E-12 Salem, OR 97301 Эл. почта: <a href="mailto:shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov">shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov</a>
Веб-сайт	<a href="http://www.shiba.oregon.gov">www.shiba.oregon.gov</a>

## РАЗДЕЛ 4 Организация по улучшению качества (Quality Improvement Organization, QIO)

Уполномоченная организация по улучшению качества (QIO) обслуживает людей, участвующих в программе Medicare, в каждом штате. 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:

- вы хотите пожаловаться на качество оказанной вам помощи. Примеры проблем, связанных с качеством медицинского обслуживания, включают получение неправильного лекарства, проведение ненужных анализов или процедур, а также постановку неверного диагноза.

**Глава 2 Номера телефонов и ресурсы**

- 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.

**Acentra Health (организация по улучшению качества штата Oregon) — контактная информация**

<b>Телефон</b>	1-888-305-6759 (бесплатно) В будние дни: с 9:00 а.м. до 5:00 р.м. По выходным и праздничным дням: с 10:00 а.м. до 4:00 р.м. Сообщение также можно оставить по бесплатному номеру 24 часа в сутки, семь дней в неделю.
<b>Факс</b>	1-844-878-7921 (бесплатно)
<b>ТЕЛЕТАЙП</b>	711
<b>Почтовый адрес</b>	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
<b>Веб-сайт</b>	<a href="https://www.acentraqio.com/">https://www.acentraqio.com/</a>

**РАЗДЕЛ 5 Служба социального обеспечения**

Служба социального обеспечения определяет право на участие в программе Medicare и занимается зачислением в эту программу. Служба социального обеспечения также отвечает за определение тех, кто должен платить дополнительную сумму за покрытие лекарств в рамках 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, необходимо позвонить в Службу социального обеспечения.

Служба социального обеспечения — контактная информация	
Телефон	1-800-772-1213 Звонки на этот номер бесплатные. Служба работает с 8:00 до 19:00, с понедельника по пятницу. Воспользуйтесь автоматизированной телефонной услугой Службы социального обеспечения для ознакомления с записанной информацией и решения некоторых вопросов 24 часа в сутки.
ТЕЛЕТАЙП	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. Служба работает с 8:00 до 19:00, с понедельника по пятницу.
Веб-сайт	<a href="http://www.SSA.gov">www.SSA.gov</a>

## РАЗДЕЛ 6 Программа Medicaid

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).

- **Программа для отвечающих требованиям получателей страхового обеспечения Medicare (Qualified Medicare Beneficiary) с полным пакетом льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid) (QMB+):** помогает оплачивать страховые взносы в рамках Части А и Части В программы 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).
- **Программа для получателей страхового обеспечения Medicare с установленным низким доходом (Specified Low-Income Medicare Beneficiary) и полным пакетом льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid) (SLMB+):** помогает оплачивать страховые взносы в рамках Части В людям, которые также имеют право на получение полного пакета льгот по плану Oregon Health Plan (Medicaid) и 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 учетом ограничений, указанных в Приоритетном перечне медицинских услуг. Для получения дополнительной информации посетите [www.healthshareoregon.org](http://www.healthshareoregon.org) или позвоните в наш отдел службы поддержки клиентов.

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

<b>Контактная информация Oregon Health Plan (Medicaid)</b>	
<b>Телефон</b>	1-800-273-0557 Служба работает с 08:00 до 17:00 (тихоокеанское стандартное время) с понедельника по пятницу.
<b>ТЕЛЕТАЙП</b>	711
<b>Почтовый адрес</b>	Oregon Health Plan (OHP) PO Box 14015 Salem, OR 97309
<b>Веб-сайт</b>	<a href="http://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/help.aspx">www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/help.aspx</a>

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 предъявить претензию или апелляцию по нашему плану.

<b>Департамент социального обеспечения штата Oregon — Офис по защите прав граждан (GAO) — контактная информация</b>	
<b>Телефон</b>	1-800-442-5238 или 503-945-6904 Служба работает с 08:00 до 17:00 (тихоокеанское стандартное время) с понедельника по пятницу.
<b>ТЕЛЕТАЙП</b>	711
<b>Почтовый адрес</b>	Департамент социальных служб штата Oregon Губернаторское управление по информационно-разъяснительной работе (Governor's Advocacy Office) 500 Summer St. NE, E-17 Salem, OR 97310 Эл. почта: <a href="mailto:gao.info@odhs.oregon.gov">gao.info@odhs.oregon.gov</a>
<b>Веб-сайт</b>	<a href="http://www.oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages/gao.aspx">www.oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages/gao.aspx</a>

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.

<b>Омбудсмен по вопросам долгосрочного ухода в штате Oregon — контактная информация</b>	
<b>Телефон</b>	1-800-522-2602 или 503-378-6533 Служба работает с 08:00 до 17:00 (тихоокеанское стандартное время) с понедельника по пятницу.
<b>ТЕЛЕТАЙП</b>	711
<b>Почтовый адрес</b>	Омбудсмен по вопросам долгосрочного ухода в штате Oregon 830 D. St. NE Salem, OR 97301 Ел. почта: <a href="mailto:ltco.info@rights.oregon.gov">ltco.info@rights.oregon.gov</a>
<b>Веб-сайт</b>	<a href="http://www.oltco.org/">www.oltco.org/</a>

## **РАЗДЕЛ 7 Программы, помогающие людям оплачивать рецептурные лекарства**

---

На веб-сайте Medicare ([www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](http://www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)) размещена информация о способах снижения расходов на рецептурные лекарства. Перечисленные ниже программы могут помочь людям с ограниченными доходами.

### **«Дополнительная помощь» от Medicare**

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medicaid, вы можете претендовать на «Дополнительную помощь» от Medicare для покрытия расходов по плану обеспечения рецептурных лекарств. Для этого от вас не требуется никаких дополнительных действий.

Если у вас есть вопросы относительно «Дополнительной помощи», звоните по номеру:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- 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 телетайпа следует звонить по номеру 1-800-325-0778; или
- в Управление Medicaid вашего штата по телефону 1-800-273-0557.

**Глава 2 Номера телефонов и ресурсы**

---

Если вы считаете, что в аптеке с вас взяли неправильную сумму за рецептурный препарат, в нашем плане предусмотрена процедура, позволяющая подтвердить правильный размер вашего совместного платежа. Если у вас уже есть подтверждение правильной суммы, мы поможем вам передать его 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 Дополнительный доход по социальному обеспечению (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. Если вы переплатили свою долю совместного платежа, мы вернем вам деньги либо чеком, либо виде кредита для следующего совместного платежа. Если аптека не взяла с вас сумму совместного платежа и учитывает

## Глава 2 Номера телефонов и ресурсы

---

ее как сумму вашего долга, мы можем произвести оплату непосредственно аптеке. Если за вас заплатило государство, мы можем произвести оплату непосредственно государству. Если у вас возникли вопросы, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

### **Что если у вас есть «Дополнительная помощь» и покрытие от Программы помощи больным СПИДом (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?**

Программа помощи больным СПИДом (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) помогает людям, живущим с ВИЧ/СПИДом получить доступ к жизненно важным лекарствам от ВИЧ. Лекарства Medicare в рамках 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 в вашем штате, нужно соответствовать определенным критериям, включая подтверждение проживания в штате и ВИЧ-статуса, низкий уровень дохода, определенный штатом, и статус незастрахованного или не полностью застрахованного лица. Если вы смените план, 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 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

### **План Medicare Prescription Payment Plan**

План Medicare Prescription Payment Plan — это вариант оплаты, который действует вместе с вашим текущим страховым покрытием лекарств и помогает вам управлять вашими расходами на лекарства, покрываемые нашим планом, распределяя их на весь **календарный год** (с января по декабрь). Любой человек, имеющий план Medicare Prescription Payment Plan или медицинский план Medicare с лекарственным покрытием (например, план Medicare Advantage с покрытием лекарств), может воспользоваться этим вариантом оплаты. **Этот вариант оплаты может помочь вам в управлении расходами, однако он не экономит деньги и не снижает стоимость лекарств. Если вы участвуете в плане Medicare Prescription Payment Plan и продолжаете пользоваться тем же планом Части D, ваше участие будет автоматически продлено на 2026 год.**

Дополнительная помощь от Medicare и помощь от SPAP и ADAP для тех, кто имеет на это право, более выгодны, чем участие в плане Medicare Prescription Payment Plan. Чтобы узнать больше об этом способе оплаты, позвоните в Службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) или посетите сайт [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)

### План Medicare Prescription Payment Plan — контактная информация

<b>Телефон</b>	855-742-2779 Звонки на этот номер бесплатные. 24 часа в сутки / 7 дней в неделю. Служба поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) также предоставляет бесплатные услуги переводчика для лиц, не владеющих английским языком.
<b>ТЕЛЕТАЙП</b>	711 Звонки на этот номер бесплатные. 24 часа в сутки / 7 дней в неделю.
<b>Почтовый адрес</b>	Capital Rx Attn: M3P Elections Capital RX Inc. P.O. Box 24945 New York, NY 10087-4945 M3P-Election@cap-rx.com
<b>Веб-сайт</b>	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/M3P">www.ProvidenceHealthAssurance.com/M3P</a>

## РАЗДЕЛ 8 Совет по делам пенсионеров-железнодорожников

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, сообщите им о переезде или смене почтового адреса. Если у вас есть вопросы, касающиеся ваших льгот от Совета по делам пенсионеров-железнодорожников, свяжитесь с агентством.

Пенсионный совет железной дороги — контактная информация	
Телефон	1-877-772-5772  Звонки на этот номер бесплатные.  Нажмите «0», чтобы поговорить с представителем RRB с 09:00 до 15:30 по понедельникам, вторникам, четвергам и пятницам, а также с 09:00 до 12:00 по средам.  Нажмите «1», чтобы получить доступ к автоматизированной справочной линии RRB и записанной информации 24 часа в сутки, включая выходные и праздничные дни.
ТЕЛЕТАЙП	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 не бесплатные.
Веб-сайт	<a href="https://RRB.gov">https://RRB.gov</a>

## РАЗДЕЛ 9 Если 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 по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711), 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 можете позвонить по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), если у вас возникли вопросы о вашем покрытии Medicare в рамках этого плана. Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Если у вас есть другое страховое покрытие на лекарства, предоставляемое вашим работодателем (либо работодателем вашего супруга/супруги или сожителя/сожительницы) или групповым планом для 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 Получение помощи от Службы ресурсов для пожилых людей и лиц с инвалидностью штата Орегон (Aging and Disability Resource Connection of Oregon, ADRC)**

---

В Oregon обратитесь в Службу ресурсов для пожилых людей и лиц с инвалидностью штата Oregon по телефону 1--855-ORE-ADRC (1-855-673-2372), [www.adrcoforegon.org](http://www.adrcoforegon.org).

# ГЛАВА 3:

## Использование нашего плана для оплаты медицинских услуг

### РАЗДЕЛ 1 Как получить медицинское обслуживание участникам нашего плана

---

В этой главе рассказывается о том, что нужно знать об использовании нашего плана для получения медицинского обслуживания и других услуг. Подробная информация о том, какие медицинские услуги покрывает наш план, приведена в таблице медицинских льгот в главе 4.

#### Раздел 1.1 Сетевые поставщики и покрываемые услуги

- **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 медицинских льгот в главе 4. Ваши покрываемые услуги по рецептурным лекарствам описаны в главе 5.

#### Раздел 1.2 Базовые правила покрытия вашего медицинского обслуживания нашим 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 медицинские услуги включены в таблицу медицинских льгот нашего плана** в главе 4.
- **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 медицинскую помощь у поставщика, входящего в сеть** (см. раздел 2). В большинстве случаев услуги, полученные от внесетевого поставщика (поставщик, не входящий в сеть нашего плана), покрываться не будут. Это означает, что вы будете должны полностью оплатить услуги поставщика. *Существуют 3 исключения:*
  - План покрывает экстренную помощь или неотложные услуги, которые вы получаете от несетевого поставщика. Для получения дополнительной информации и ознакомления с перечнем экстренных или неотложных услуг перейдите в раздел 3.
  - 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. Прежде чем обращаться за помощью, необходимо получить разрешение от нашего плана. В этой ситуации вы заплатите столько же, сколько заплатили бы, если бы получали обслуживание у сетевого поставщика. Информация о получении разрешения на посещение внесетевого врача содержится в разделе 2.4 этой главы.

- Наш 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 нашему плану за диализ, не может превышать сумму распределения расходов, предусмотренную планом Original Medicare. Если вы находитесь вне зоны обслуживания плана и получаете диализ у поставщика, не входящего в сеть плана, ваша сумма распределения расходов не может превышать долю распределения 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 сумма распределения расходов на диализ может быть выше.

## **РАЗДЕЛ 2 Для получения медицинского обслуживания обращайтесь к поставщикам услуг, входящим в сеть плана**

---

### **Раздел 2.1 Вы должны выбрать поставщика первичной медицинской помощи (PCP), который будет обеспечивать и контролировать ваше лечение**

#### **Кто такой PCP и что PCP делает для вас?**

##### **Кто такой 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). 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 РСР?**

Существует несколько типов поставщиков медицинских услуг, которые могут выступать в роли РСР. Вашим РСР 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 определенные 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) 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?**

Вы можете выбрать своего РСР из *Справочника аптек и поставщиков*, который размещён на нашем веб-сайте [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://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.

## **Как сменить PCP**

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

Если вы хотите сменить своего PCP, сообщите об этом в службу поддержки Providence Health Assurance до первого приема. Изменения в выборе вашего PCP 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 PCP.

## **Раздел 2.2 Медицинское обслуживание, которое вы можете получить без направления PCP**

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

- Плановые медицинские осмотры для женщин, включая обследование молочных желез, скрининговую маммографию (рентгенографию грудных желез), ПАП-тесты и гинекологические осмотры, при условии, что они проводятся у сетевого врача.
- Прививки от гриппа, вакцинация от COVID-19 и вакцинация от пневмонии.
- Экстренные услуги от сетевых или несетевых поставщиков.
- Неотложные медицинские услуги, покрываемые планом, — это услуги при состояниях, требующих немедленной медицинской помощи (но не неотложной), если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или если получение этой услуги у сетевых поставщиков является необоснованным с учетом времени, места и обстоятельств. Примерами неотложных услуг являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы или неожиданные обострения существующих заболеваний. Необходимые с медицинской точки зрения плановые посещения врача (например, ежегодные осмотры) не считаются неотложными, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или если сеть нашего плана временно недоступна.
- Услуги почечного диализа, которые вы получаете в диализном центре, сертифицированном Medicare, когда вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана. По возможности позвоните в Службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) до того, как вы покинете зону обслуживания, чтобы мы могли организовать для вас поддерживающий диализ на время вашего отсутствия.

- Услуги при психических расстройствах и расстройствах, 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 получить помощь от специалистов и других сетевых поставщиков медицинских услуг**

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

- онкологи лечат пациентов с онкологическими заболеваниями.
- Кардиологи лечат пациентов с заболеваниями сердца.
- Ортопеды лечат пациентов с определенными 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 получения медицинской помощи. 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](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider).

Чтобы узнать, какие услуги требуют предварительного разрешения, см. раздел 2 главы 4.

## **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 покидает наш план, у вас есть следующие права и гарантии защиты:

- 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 3 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 3 месяцев.
- Мы поможем вам выбрать нового квалифицированного поставщика услуг, входящего в сеть, для продолжения лечения.
- Если вы проходите лечение или терапию у своего текущего поставщика, у вас есть право запросить продолжение необходимого с медицинской точки зрения лечения или терапии. Вместе с вами мы сделаем все возможное, чтобы вы могли продолжить получать медицинскую помощь.
- Мы предоставим вам информацию о различных периодах зачисления и возможностях смены плана.
- Если входящий в сеть поставщик медицинских услуг или льгота недоступны или не соответствуют вашим медицинским потребностям, мы организуем любую необходимую с медицинской точки зрения льготу за пределами нашей сети поставщиков по действующей в сети схеме распределении расходов. 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 получить помощь от внесетевых поставщиков**

Как правило, услуги, полученные от внесетевого 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 разделе 2 главы 4.
- 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 разделе 2 главы 4.
- 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, во время стихийных бедствий или когда вам требуется экстренная помощь**

---

### **Раздел 3.1 Получите помощь в экстренной медицинской ситуации**

**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 экстренная медицинская ситуация:

- **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 PCP. Вам не обязательно пользоваться услугами сетевого врача. 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.

### **Покрываемые услуги в экстренной медицинской ситуации**

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 экстренная медицинская ситуация закончится.

После окончания экстренного лечения вы имеете право на последующее наблюдение, чтобы убедиться, что ваше состояние остается стабильным. Ваши врачи будут продолжать лечить вас до тех пор, пока 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 ситуация. Например, вы можете обратиться за экстренной помощью, думая, что вашему здоровью угрожает серьезная опасность, а врач может сказать, что это была вовсе не экстренная медицинская ситуация. Если выяснится, что это не был экстренный случай, но вы обоснованно считали, что вашему здоровью угрожает серьезная 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;



- получаемая вами дополнительная помощь считается неотложной услугой, и вы должны соблюдать приведенные ниже правила для получения такой неотложной помощи.

### **Раздел 3.2 Получение помощи в случае неотложной необходимости**

Услуги, требующие немедленной медицинской помощи (но не неотложной) — это неотложные медицинские услуги, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или если получение этой услуги у сетевых поставщиков является необоснованным с учетом времени, места и обстоятельств. Примерами неотложных услуг являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы или неожиданные обострения существующих заболеваний. Однако необходимые с медицинской точки зрения плановые посещения врача, например, ежегодные осмотры, не считаются неотложными, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или если сеть нашего плана временно недоступна.

Если у вас возникла ситуация, требующая неотложной медицинской помощи, вы можете обратиться в Горячую линию сестринской поддержки по телефону 503-574-6520 или 1-800-700-0481 и/или получить услуги поставщика неотложной медицинской помощи. Информацию о распределении расходов см. в разделе 2 главы 4.

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

### **Раздел 3.3 Получение медицинской помощи во время стихийных бедствий**

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 все равно имеете право на обслуживание в рамках вашего плана.

Для получения информации о помощи во время стихийных бедствий посетите сайт [www.ProvidenceHealthAssurance.com/disastercare](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/disastercare).

Если во время стихийного бедствия вы не сможете воспользоваться услугами сетевого поставщика, наш план позволит вам получить помощь у внесетевых поставщиков на условиях сетевого распределения расходов. Если во время стихийного бедствия вы не можете воспользоваться услугами сетевой аптеки, вы можете купить лекарства по рецепту в несетевой аптеке. См. раздел 2.5 главы 5.

## **РАЗДЕЛ 4 Что делать, если вам выставили счет за полную стоимость 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 счет за покрываемые медицинские услуги, вы можете попросить нас оплатить нашу часть стоимости покрываемых услуг. О том, что делать, читайте в главе 7.

### **Раздел 4.1 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 будете нести 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 Медицинские услуги при участии в клиническом исследовании**

---

### **Раздел 5.1 Что такое клиническое исследование**

Клиническое исследование (также называемое клиническим испытанием) — это способ, с помощью которого врачи и ученые 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. 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 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 соответствующем требованиям 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. Вам нужно будет предоставить документы, чтобы показать нам, сколько вы заплатили.

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 нашего плана. (Это не относится к покрываемым льготам, требующим проведения клинических исследований или регистров для оценки пользы, включая определенные льготы, требующие страхового покрытия рисков развития новой технологии на основе фактических данных об основных показателях ее успешности (NCDs-CED) и клинических испытаний медицинского изделия, получившего разрешение категории IDE (освобождение для исследуемого изделия. К этим льготам также могут применяться условия предварительного разрешения и другие правила плана).

Хотя вам не нужно получать разрешение нашего плана на участие в клинических исследованиях, мы рекомендуем вам заранее уведомить нас, если вы решили принять участие в клинических исследованиях, соответствующих требованиям Medicare.

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

## **Раздел 5.2 Кто оплачивает услуги при участии 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 не будете платить за покрываемые услуги, получаемые в рамках клинического исследования.

Если вы участвуете в клиническом научном исследовании, **ни программа Medicare, ни наш план не будут покрывать следующие расходы.**

- Как правило, Medicare не оплачивает новый продукт 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.
- Продукты 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 при вашем состоянии здоровья обычно требуется только одного КТ-сканирование.
- Продукты и услуги, обычно предоставляемые спонсорами исследования бесплатно любому участнику исследования.

## **Получите дополнительную информацию об участии в клиническом исследовании**

Более подробную информацию об участии в клинических исследованиях вы найдете в публикации Medicare «*Medicare and Clinical Research Studies*», доступной на сайте [www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf)). Вы также можете позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

## РАЗДЕЛ 6 Правила получения медицинской помощи в религиозном учреждении непрофессионального медицинского обслуживания

---

### Раздел 6.1 Религиозное учреждение непрофессионального медицинского обслуживания?

Религиозное учреждение непрофессионального медицинского обслуживания — 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 учреждении непрофессионального медицинского обслуживания. Эта льгота предоставляется только на стационарные услуги Части А (немедицинские лечебные услуги).

### Раздел 6.2 Как получить помощь в религиозном учреждении непрофессионального медицинского обслуживания

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 учреждении непрофессионального медицинского обслуживания должно соответствовать следующим условиям:

- учреждение, обеспечивающее уход, должно быть сертифицировано Medicare.
- План покрывает только *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 пребывания в стационаре 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 нем 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 разделе 2 главы 4 данного документа.

## **РАЗДЕЛ 7 Правила владения медицинским оборудованием длительного пользования**

---

### **Раздел 7.1 Вы не получите право собственности на некоторые виды медицинского оборудования длительного пользования после внесения определенного количества платежей в рамках нашего плана**

Медицинское оборудование длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME) включает такие предметы, как кислородное оборудование и принадлежности, инвалидные коляски, ходунки, матрасы с электроприводом, костыли, принадлежности для диабетиков, речевые аппараты, насосы для внутривенных инфузий, небулайзеры и больничные кровати, заказанные поставщиком для членов плана для использования на дому. Некоторые предметы DME, такие как протезы, навсегда остаются в собственности участника. Другие типы DME необходимо арендовать.

В Original Medicare люди, арендующие определенные виды DME, становятся его владельцами после 13 месяцев внесения совместных платежей. **Однако будучи участником плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), вы, как правило, не получаете право собственности на арендованные предметы DME, независимо от того, сколько совместных платежей вы внесли за них, будучи участником нашего плана.** Даже если вы внесли до 12 последовательных платежей за DME по программе Original Medicare до вступления в наш план, вы не получите право собственности на него. При определенных ограниченных обстоятельствах мы передадим вам право собственности на предмет DME. Обратитесь в Home Services по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

### **Что произойдет со сделанными платежами за медицинское оборудование длительного пользования, если вы перейдете на Original Medicare?**

Если вы не получили право собственности на предмет DME, находясь в нашем плане, вам придется 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 при подсчете этих 13 платежей.

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 нем. Тогда вы вернетесь к плану Original Medicare. Вам придется сделать 13 новых последовательных платежей, чтобы стать владельцем этого предмета, когда вы снова присоединитесь к Original Medicare. Любые платежи, которые вы уже совершили (как в наш план, так и в Original Medicare), не учитываются.

### **Раздел 7.2 Правила использования кислородного оборудования, расходных материалов и технического обслуживания**

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 сопутствующие 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 произойдет, если вы выйдете из нашего плана и вернетесь в Original Medicare?**

Original Medicare требует, чтобы поставщик кислорода предоставлял вам услуги в течение 5 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

**Глава 3 Использование нашего плана для оплаты медицинских услуг**

---

кислород). По истечении 5 лет вы можете остаться в той же компании или перейти в другую. В этот момент 5-летний цикл начинается заново, даже если вы остаетесь в той же компании, и вам придется оплачивать совместные платежи в течение первых 36 месяцев. Если вы присоединитесь к нашему плану или покинете его, 5-летний цикл начнется сначала..





## ГЛАВА 4:

# Таблица медицинских льгот (перечень покрываемых услуг)

### РАЗДЕЛ 1 Информация о покрываемых услугах

---

В Таблице медицинских льгот перечислены покрываемые услуги, предоставляемые вам как участнику плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). В этом разделе также приводится информация о медицинских услугах, которые не входят в страховое покрытие, и объясняются ограничения на определенные 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 «ОHP с ограниченным лекарственным обеспечением» (OHP with Limited Drug) план Medicaid может оплачивать только суммы совместных расходов за услуги, которые обычно покрываются программой Medicaid. За дополнительной информацией обращайтесь в Oregon Health Plan (Medicaid) или в свою организацию по координации медицинского обслуживания. Участники Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), зарегистрированные в Health Share Oregon/ Providence по плану Medicaid, не будут нести никаких затрат из собственных средств за медицинские услуги, покрываемые Medicare. Однако 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 соблюдаете правила нашего плана по получению медицинской помощи (более подробную информацию о правилах получения медицинской помощи в рамках наших планов см. в главе 3).

#### Раздел 1.2 Какова максимальная сумма, которую 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 несете ответственности за оплату каких-либо расходов, превышающих максимальную сумму расходов из собственных средств, на покрываемые услуги в рамках Части А и Части В.

Планы Medicare Advantage Plan имеют ограничения 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. **На 2026 календарный год сумма MOOP составляет 9,250 долл. США.**

Суммы, которые вы платите за покрываемые услуги, засчитываются в эту максимальную сумму расходов из собственных средств. Суммы, которые вы платите за лекарства в рамках Части D, не учитываются при расчете максимальной суммы расходов из собственных средств. Если вы достигнете максимальной суммы расходов из собственных средств в размере 9 250 долл. США, вам не придется оплачивать какие-либо расходы из собственных средств за покрываемые услуги в течение оставшегося года. Однако вы должны продолжать платить страховой взнос в рамках Части B Medicare (если только ваш страховой взнос в рамках Части B не оплачивает за вас Medicaid или иная третья сторона).

## **РАЗДЕЛ 2 В Таблице медицинских льгот перечислены ваши медицинские льготы и расходы**

---

В Таблице медицинских льгот на следующих страницах перечислены услуги, которые покрывает Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) (страховое покрытие рецептурных лекарств в рамках 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 Medicare.
- Ваши услуги (включая медицинское обслуживание, услуги, принадлежности, оборудование и рецептурные лекарства Части B) *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.
- Вы получаете обслуживание у сетевого поставщика. В большинстве случаев услуги, полученные от внесетевого поставщика, покрываются не будут, если только это не экстренная или неотложная помощь или если наш план или поставщик, входящий в сеть, не дал вам направление. Это означает, что вы полностью оплачиваете услуги внесетевых поставщиков.

- Вас обслуживает поставщик первичной медицинской помощи (PCP), который обеспечивает и контролирует ваше лечение.
- 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 звездочкой.
- Если ваш план координированного обслуживания одобрит запрос на предварительное разрешение на проведение курса лечения, такое разрешение будет действовать в течение срока, необходимого и обоснованного с медицинской точки зрения, чтобы избежать перерывов в лечении, с учетом действующих критериев покрытия, вашего медицинского анамнеза и рекомендаций лечащего врача.

Другие важные особенности нашего покрытия, которые необходимо знать.

- Вам предоставляется страховое покрытие в рамках программ Medicare и Medicaid. Medicare покрывает медицинское обслуживание и рецептурные лекарства. Medicaid покрывает вашу часть распределения расходов на оплату услуг Medicare. Medicaid также покрывает услуги, которые Medicare не покрывает, такие как длительный уход и услуги на дому и в сообществе.
- Как и все медицинские планы Medicare, мы покрываем все, что покрывает Original Medicare. (если вы хотите узнать больше о покрытии и стоимости Original Medicare, см. справочник *Medicare & You 2026* (Medicare и вы на 2026 г.)). Вы можете найти его в сети по ссылке [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) или запросить копию, позвонив 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048.)
- Профилактические услуги, которые в рамках Original Medicare предоставляются бесплатно, мы также предоставляем вам без оплаты.
- Если программа Medicare добавит покрытие каких-либо новых услуг в течение 2026 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 Medicaid, включенные 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.

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

**Важная информация о льготах для участников программы, которые имеют право на «Дополнительную помощь»**

- Если вы получаете «Дополнительную помощь» для оплаты расходов на покрытие лекарств Medicare, вы можете иметь право на другие целевые дополнительные льготы и/или целевое снижение распределения расходов.

**Важная информация о льготах для участников программы с хроническими заболеваниями**

- Если у вас диагностированы любые перечисленные ниже хронические заболевания, и вы соответствуете определенным критериям, вы можете иметь право на специальные дополнительные льготы для хронически больных.

- **Список хронических заболеваний:**

(1) хроническое расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и другие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (SUD).

(2) Аутоиммунные расстройства:

- (i) узелковый полиартериит,
- (ii) ревматическая полимиалгия,
- (iii) полимиозит,
- (iv) дерматомиозит,
- (v) ревматоидный артрит,
- (vi) системная красная волчанка,
- (vii) псориатический артрит,
- (viii) склеродермия.

(3) Рак.

(4) Сердечно-сосудистые заболевания:

- (i) сердечные аритмии,
- (ii) ишемическая болезнь сердца,
- (iii) заболевания периферических сосудов,
- (iv) пороки клапанов сердца.

(5) Хроническая сердечная недостаточность.

(6) Деменция.

(7) Сахарный диабет.

(8) Избыточный вес, ожирение и метаболический синдром.

(9) Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта:

- (i) хроническое заболевание печени,
- (ii) неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП),
- (iii) гепатит В,
- (iv) гепатит С,
- (v) панкреатит,
- (vi) синдром раздраженного кишечника,
- (vii) воспалительные заболевания кишечника.

- (10) Хроническая почечная недостаточность (ХПН):
  - (i) ХПН, требующая диализа/терминальная стадия хронической почечной недостаточности (ТХПН),
  - (ii) ХПН, не требующая диализа.
- (11) Тяжелые гематологические заболевания:
  - (i) апластическая анемия,
  - (ii) гемофилия,
  - (iii) иммунная тромбоцитопеническая пурпура,
  - (iv) миелодиспластический синдром,
  - (v) серповидноклеточная анемия (за исключением носительства серповидноклеточной анемии),
  - (vi) хронический венозный тромбоэмболизм.
- (12) ВИЧ/СПИД.
- (13) Хронические заболевания легких:
  - (i) бронхиальная астма, хронический бронхит,
  - (ii) муковисцидоз,
  - (iii) эмфизема,
  - (iv) фиброз легких,
  - (v) легочная гипертензия,
  - (vi) хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).
- (14) Хронические и инвалидизирующие психические заболевания:
  - (i) биполярные расстройства,
  - (ii) большие депрессивные расстройства,
  - (iii) параноидальное расстройство,
  - (iv) шизофрения,
  - (v) шизоаффективное расстройство,
  - (vi) посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР),
  - (vii) расстройства пищевого поведения,
  - (viii) тревожные расстройства.
- (15) Неврологические расстройства:
  - (i) амиотрофический латеральный склероз (АЛС),
  - (ii) эпилепсия,
  - (iii) обширный паралич (то есть гемиплегия, квадриплегия, параплегия, моноплегия),
  - (iv) болезнь Хантингтона,
  - (v) рассеянный склероз,
  - (vi) болезнь Паркинсона,
  - (vii) полинейропатия,
  - (viii) фибромиалгия,
  - (ix) синдром хронической усталости,
  - (x) травмы спинного мозга,
  - (xi) стеноз спинномозгового канала,
  - (xii) неврологический дефицит, связанный с инсультом.
- (16) Инсульт.
- (17) Уход после трансплантации органов.
- (18) Иммунодефицит и иммуносупрессивные расстройства.

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

---

(19) Состояния, сопровождающиеся когнитивными нарушениями:

- (i) болезнь Альцгеймера,
- (ii) умственная отсталость и нарушения развития,
- (iii) травматические повреждения головного мозга,
- (iv) психические заболевания, сопровождающиеся когнитивными нарушениями, приводящие к инвалидности,
- (v) легкие когнитивные нарушения.

(20) Состояния, сопровождающиеся функциональными нарушениями и требующие аналогичных услуг, включая следующее:

- (i) травмы спинного мозга,
- (ii) паралич,
- (iii) потеря конечности,
- (iv) инсульт,
- (v) артрит.

(21) Хронические заболевания, при которых ухудшается зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние.

(22) Заболевания, при которых требуется постоянное лечение, чтобы человек мог сохранить или поддерживать свои функции.


- 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;
  - еженедельно собирая коды диагнозов в течение года, чтобы определить, соответствуют ли требованиям 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 приведенной ниже Таблице медицинских льгот.
- Свяжитесь с нами, чтобы узнать, на какие льготы вы можете претендовать.



Значок «яблоко» обозначает профилактические услуги, включенные в таблицу медицинских льгот.

- 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**



Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p> <b>Обследование аневризмы брюшной аорты</b></p> <p>Однократное скрининговое ультразвуковое исследование для людей из группы риска. Наш план покрывает это обследование только в том случае, если у вас есть определенные факторы риска и если вы получили направление на него от своего врача, помощника врача, практикующей медсестры или клинической медсестры.</p>	<p>Для участников, имеющих право на это профилактическое обследование, не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>
<p><b>Иглоукалывание при хроническая боль в пояснице*</b></p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <p>до 12 посещений в течение 90 дней покрывается при следующих обстоятельствах:</p> <p>для целей данной льготы хроническая боль в пояснице определяется как:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• боль продолжительностью 12 недель и более;</li> <li>• неспецифическая, то есть не имеющая выявляемой системной причины (например, не связана с метастатическим, воспалительным, инфекционным заболеванием и т. д.);</li> <li>• не связанная с хирургическим вмешательством; и</li> <li>• не связанная с беременностью.</li> </ul> <p>Для пациентов с улучшением будет оплачено еще 8 сеансов. В год может быть проведено не более 20 процедур иглоукалывания.</p> <p>Лечение должно быть прекращено, если состояние пациента не улучшается или ухудшается.</p>	<p>Для иглоукалывания при хронических болях в пояснице сострахование, совместный платеж 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>






Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Иглоукалывание при хронической боли в пояснице (продолжение)</b></p> <p>Требования к поставщикам:</p> <p>врачи (как определено в пункте 1861(r)(1) Закона о социальном обеспечении (Social Security Act; далее — Закон)) могут предоставлять услуги иглоукалывания в соответствии с соответствующими требованиями штата.</p> <p>Помощники врача (physician assistants, PAs), практикующие медсестры (nurse practitioners, NPs)/клинические медсестры (clinical nurse specialists, CNSs) (как указано в пункте 1861(aa)(5) Закона) и вспомогательный персонал могут предоставлять услуги иглоукалывания, если они отвечают всем соответствующим требованиям штата и имеют:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• степень магистра или доктора в области иглоукалывания или восточной медицины от учебного заведения, аккредитованного Аккредитационной комиссией по иглоукалыванию и восточной медицине (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); и,</li> <li>• действующую, полную, активную и неограниченную лицензию на практику иглоукалывания в одном из штатов, территорий или Содружества (например, Пуэрто-Рико) США или округа Колумбия.</li> </ul> <p>Вспомогательный персонал, предоставляющий услуги иглоукалывания, должен работать под соответствующим контролем врача, PA или NP/CNS, в соответствии с требованиями наших правил, установленных в 42 CFR §§ 410.26 и 410.27.</p> <p>Поставщики медицинских услуг подают запросы на оценку медицинской необходимости услуг иглоукалывания через уполномоченного агента, который должен сообщить Providence Health Assurance о том, что вы начинаете получать услуги иглоукалывания.</p> <p>* Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	



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

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Услуги скорой помощи*</b></p> <p>Покрываемые услуги скорой помощи, как в экстренной, так и в неэкстренной ситуации, включают услуги воздушной (самолеты и вертолеты) 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.</p> <p>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 этой главы.</p>	<p>Для транспортировки в одну сторону на наземной скорой помощи, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для транспортировки в одну сторону на воздушной скорой помощи, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для услуг скорой помощи, полученных через систему экстренного медицинского реагирования 911, когда вы получаете лечение, но не едете в машине скорой помощи, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для разрешенной перевозки в одну сторону на машине скорой помощи из учреждения, не входящего в сеть, в учреждение, входящее в сеть сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p>


Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<div>  <b>Ежегодный плановый медицинский осмотр</b> </div> <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><b>Обратите внимание:</b> 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 платеж, ни франшиза.</p>
<div>  <b>Ежегодный профилактический осмотр</b> </div> <p>Если вы участвовали в Части В дольше 12 месяцев, вы можете пройти ежегодный профилактический визит, 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><b>Примечание.</b> 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><b>Обратите внимание:</b> 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 платеж или франшиза.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p> <b>Определение костной массы</b></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><b>Обратите внимание:</b> 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 платеж или франшиза.</p>
<p> <b>Обследование на рак молочной железы (маммография)</b></p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>одна контрольная маммограмма в возрасте от 35 до 39 лет,</li> <li>одна скрининговая маммограмма каждые 12 месяцев для женщин в возрасте 40 лет и старше,</li> <li>клинические обследования молочных желез раз в 24 месяца.</li> </ul> <p><b>Примечание.</b> Если вас лечат или наблюдают за имеющимся медицинским состоянием, во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, может взиматься совместный платеж или сострахование за лечение, полученное в связи с имеющимся медицинским состоянием.</p>	<p>На покрываемые услуги маммографии не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Услуги кардиологической реабилитации</b></p> <p>Комплексные программы кардиологической реабилитации, включающие физические упражнения, обучение и консультирование, покрываются для участников, отвечающих определенным условиям, при наличии предписания врача.</p> <p>Наш 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 платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для каждой услуги интенсивной кардиореабилитации, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платеж 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> <b>Посещение для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний (терапия сердечно-сосудистых заболеваний)</b></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 артериальное давление и дать вам советы по здоровому питанию.</p> <p><b>Обратите внимание:</b> 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 платеж или франшиза.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<div>  <b>Скрининговые тесты на выявление сердечно-сосудистых заболеваний</b> </div> <p>Анализ крови для выявления сердечно-сосудистых заболеваний (или отклонений, связанных с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний) раз в 5 лет (60 месяцев).</p> <p><b>Обратите внимание:</b> 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 диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, которая покрывается раз в 5 лет, не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>
<div>  <b>Обследование на рак шейки матки и влагалища</b> </div> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Для всех женщин: Пап-тесты и обследования органов малого таза оплачиваются один раз в 24 месяца</li> <li>Если вы находитесь в группе высокого риска рака шейки матки или влагалища, либо вы в детородном возрасте и в течение последних 3 лет проходили пап-тест с отклонениями от нормы: один ПАП-тест каждые 12 месяцев</li> </ul> <p><b>Обратите внимание:</b> 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-тесты и обследования органов малого таза, покрываемые Medicare, не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>


Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Услуги хиропрактики*</b></p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ручные манипуляции (т. е. с помощью рук) 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. Мануальная терапия — это метод лечения, при котором с помощью рук оказывается давление для мягкого движения суставов и тканей.</li> </ul> <p>Из покрытия Medicare исключены любые услуги, кроме мануальной терапии для лечения подвывихов, включая:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддерживающую терапию. Хиропрактика считается поддерживающей терапией, если постоянное лечение больше не приносит клинического улучшения, и лечение приобретает поддерживающий, а не корректирующий характер.</li> <li>• Дополнительная плата взимается, если ваш хиропрактик использует ручное устройство для оказания контролируемого давления во время лечения.</li> <li>• Рентген, массажная терапия и иглоукалывание (если иглоукалывание не проводится для лечения хронической боли в пояснице).</li> </ul> <p>Услуги должны быть необходимыми с медицинской точки зрения, а также пройти проверку и получить разрешение на покрытие в рамках сети.</p> <p>Поставщики медицинских услуг подают запросы на оценку медицинской необходимости услуг хиропрактики через уполномоченного агента, который должен сообщить Providence Health Assurance о том, что вы начинаете получать услуги хиропрактики.</p> <p>* Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	<p>Для каждого посещения мануального терапевта, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж 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>


Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Услуги по лечению и купированию хронической боли</b></p> <p>Покрываемые ежемесячные услуги для людей, страдающих от хронической боли (постоянной или повторяющейся боли, длящейся более 3 месяцев). Услуги могут включать оценку боли, управление лекарственной терапией, а также координацию и планирование ухода.</p>	<p>Доля распределения расходов на эту услугу будет варьироваться в зависимости от отдельных услуг, предоставляемых в рамках курса лечения.</p> <p>Сумма совместного платежа за посещение кабинета PCP составляет 0 долл. США, посещение кабинета специалиста — 0 долл. США.</p>
<p> <b>Обследование на колоректальный рак</b></p> <p>Покрываются следующие скрининговые исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Виртуальная колоноскопия для пациентов в возрасте 45 лет и старше, не относящихся к группе высокого риска развития колоректального рака, покрывается, если прошло не менее 59 месяцев с момента проведения последней скрининговой виртуальной колоноскопии или 47 месяцев с момента проведения последней скрининговой гибкой сигмоидоскопии или скрининговой колоноскопии. Для пациентов, относящихся к группе высокого риска развития колоректального рака, оплата может быть произведена за скрининговую виртуальную колоноскопию, проведенную по истечении не менее 23 месяцев с месяца, в котором была проведена последняя скрининговая виртуальная колоноскопия или последняя скрининговая колоноскопия.</li> </ul>	<p>Для обследования на колоректальный рак, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены. Если во время колоноскопии или гибкой сигмоидоскопии врач обнаружит и удалит полип или другую ткань, скрининговое обследование превратится в диагностическое.</p>




Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Обследование на колоректальный рак (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 виртуальной колоноскопии.</li> <li>• Скрининговые анализы на скрытую кровь в фекалиях для пациентов 45 лет и старше. Один раз в 12 месяцев.</li> <li>• Многоцелевой анализ ДНК стула для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям группы высокого риска. Один раз в 3 года.</li> <li>• Тесты на биомаркеры крови для пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, не соответствующих критериям группы высокого риска. Один раз в 3 года.</li> <li>• Скрининговые исследования на колоректальный рак включают последующую профилактическую колоноскопию после положительного результата неинвазивного анализа кала на колоректальный рак, покрываемого Medicare.</li> <li>• Скрининговые исследования на колоректальный рак включают плановую скрининговую гибкую сигмоидоскопию или скрининговую колоноскопию, которая предусматривает удаление ткани или других материалов, или же другую процедуру, проводимую в связи со скрининговым исследованием, в результате его проведения и в рамках того же клинического приема.</li> </ul> <p><b>Обратите внимание:</b> 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>	

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Стоматологические услуги*</b></p> <p>Как правило, профилактические стоматологические услуги (такие как чистка, плановый осмотр и рентген зубов) не покрываются планом Original Medicare. Однако Medicare оплачивает стоматологические услуги в ограниченном числе случаев, в частности, когда эти услуги являются неотъемлемой частью специфического лечения основного заболевания бенефициара. Например, 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:</p> <p>Стоматологические услуги, покрываемые Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>	<p>Для каждого посещения стоматолога, покрываемого Medicare, не предусмотрено ни сострахование, ни совместный платеж, ни франшиза.</p>
<p>Другие стоматологические услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мы выдаем 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.</li> <li>• Максимальный лимит карты составляет 900 долл. США, которые вы можете использовать с 00:00 1 января 2026 года до 23:59 31 декабря 2026 года. Обратите внимание, что если вы не используете все деньги на карте в течение этого срока, срок ее действия истечет, и деньги не будут перенесены на следующий год.</li> <li>• Карту можно использовать в любой стоматологической клинике по вашему выбору.</li> </ul>	<p>Каждые шесть месяцев вам предоставляется пособие в размере 450 долл. США на любые стоматологические услуги по вашему выбору.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Стоматологические услуги* (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Если вы используете все деньги на карте для оплаты одной стоматологической услуги или процедуры, то вам придется оплатить полное распределение расходов за все последующие стоматологические услуги, которые вы получите в том же календарном году.</li> <li>• Это пособие может быть использовано для оплаты услуг, не покрываемых вашим планом Oregon Health Plan (Medicaid).</li> </ul> <p>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 телетайпа следует звонить по номеру 711.</p> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	
<p> <b>Диагностика депрессии</b></p> <p>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.</p> <p><b>Обратите внимание:</b> 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>За ежегодное обследование на депрессию не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<div>  <b>Скрининг на сахарный диабет</b> </div> <p>Мы покрываем расходы на это скрининговое обследование (включая тесты на глюкозу натощак), если у вас есть любой из следующих факторов риска: высокое артериальное давление (гипертония), наличие в анамнезе отклонений уровня холестерина и триглицеридов (дислипидемия), ожирение или наличие в анамнезе высокого уровня сахара (глюкозы) в крови. Анализы также могут быть покрыты, если вы соответствуете другим требованиям, например страдаете избыточным весом или имеете диабет в семейном анамнезе.</p> <p>Вы можете иметь право на не более 2 скрининговых обследований на сахарный диабет каждые 12 месяцев после даты последнего скринингового теста на сахарный диабет.</p> <p><b>Обратите внимание:</b> 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 диагностических анализов на сахарный диабет, покрываемых Medicare, не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<div>  <b>Обучение по самостоятельному контролю сахарного диабета, диабетологические услуги и расходные материалы*</b> </div> <p>Для всех людей с сахарным диабетом (принимающих и не принимающих инсулин), покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <b>Принадлежности для контроля уровня глюкозы в крови:</b> 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. </li> <li> <b>Для людей с сахарным диабетом, страдающих синдромом диабетической стопы тяжелой степени:</b> одна пара терапевтической индивидуально изготовленной обуви (включая стельки, прилагаемые к такой обуви) и 2 дополнительные пары стелек в течение календарного года или одна пара ортопедической обуви и 3 пары стелек (не включая не индивидуальные съемные стельки, прилагаемые к такой обуви). Покрытие включает подгонку. </li> </ul>	<p>На расходные материалы для диабетического мониторинга, покрываемые Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Тест-полоски и глюкометры ограничены предпочтительными производителями, указанными в плане. Все расходные материалы и/или устройства для лиц с диабетом должны быть предоставлены и оплачены через сеть розничных аптек или другого поставщика услуг.</p> <p>Для терапевтической обуви или вкладышей, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Все медицинское оборудование длительного пользования (DME) должно быть предоставлено и организовано через сеть розничных аптек, Home Services или другого</p>


Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Обучение по самостоятельному контролю сахарного диабета, диабетологические услуги и расходные материалы*</b> (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Обучение самостоятельному контролю за диабетом покрывается при определенных условиях.</li> </ul> <p><b>Обратите внимание:</b> 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>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	<p>уполномоченного планом поставщика.</p> <p>Для обучения самостоятельному управлению сахарным диабетом, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p>
<p><b>Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие товары*</b></p> <p>(Определение термина «медицинское оборудование длительного пользования» см. в главе 12 и главе 3)</p> <p>К покрываемым предметам относятся, в частности, инвалидные коляски, костыли, матрасы с электрическим управлением, диабетические принадлежности, больничные кровати, заказанные поставщиком для использования на дому, насосы для внутривенных инфузий, устройства, генерирующие речь, кислородное оборудование, небулайзеры и ходунки.</p> <p>Мы покрываем все необходимое по медицинским показаниям DME, покрываемое Original Medicare. Если наш поставщик в вашем регионе не поставляет продукцию определенной марки или производителя, вы можете попросить его сделать для вас специальный заказ. Актуальный список поставщиков услуг и снабжения размещен на нашем сайте по адресу <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider">www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider</a>. Поставщиком DME в вашем регионе является Home Services. Посетите <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a>, чтобы получить контактную информацию лица, занимающегося льготами.</p>	<p>Для медицинского оборудования длительного пользования и сопутствующих принадлежностей, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для кислородного оборудования Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Ваша часть распределения расходов не изменится после 36 месяцев участия в программе.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Медицинское оборудование длительного пользования (DME) и сопутствующие товары*</b> <b>(продолжение)</b></p> <p>Если вы (или ваш поставщик) не согласны с решением нашего плана о страховом покрытии, вы или ваш поставщик можете подать апелляцию. Вы также можете подать апелляцию, если вы не согласны с решением вашего поставщика медицинских услуг относительно того, какой продукт или бренд является подходящим при вашем заболевании (более подробную информацию об апелляциях см. в главе 9.)</p> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 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 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>
<p><b>Экстренная медицинская помощь</b></p> <p>Скорая помощь относится к услугам, которые:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• предоставляются поставщиком, имеющим право на оказание экстренной помощи, и</li> <li>• необходимы для оценки или стабилизации экстренного медицинского состояния.</li> </ul> <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 потерю жизни (а если вы беременная женщина, то и потерю нерожденного ребенка), потерю конечности или функции конечности. Медицинскими симптомами могут быть болезнь, травма, сильная боль или состояние здоровья, которое быстро ухудшается.</p>	<p>Для каждого посещения отделения скорой помощи, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Если вас госпитализируют в течение 24 часов после посещения отделения экстренной помощи, вам не нужно платить совместный платеж за услуги отделения экстренной помощи.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Экстренная медицинская помощь (продолжение)</b></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 Соединенных Штатах и на их территориях.</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 ваше распределение расходов будет таким же, как если бы лечение проходило в больнице сети.</p> <p>Информацию о распределении расходов на стационарное лечение см. в разделе «Услуги пребывания в стационаре» данной таблицы медицинских льгот.</p>




Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Льготы на фитнес</b></p> <p>Участники плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) могут посещать тренажерные залы, входящие в сеть, чтобы улучшить свое здоровье и чувствовать себя лучше. Как участник вы можете бесплатно воспользоваться следующими возможностями:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Фитнес-залы: у вас есть доступ к различным местным спортзалам. Вы можете найти фитнес-центр в радиусе 40 миль, посетив веб-сайт фитнес-центра.</li> <li>• Онлайн-фитнес: занятия доступны. Расписание занятий смотрите на сайте фитнес-клуба.</li> </ul> <p>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. Посетите <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a>, чтобы получить контактную информацию лица, занимающегося льготами.</p>	<p>Для льгот на фитнес не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>
<p><b>Услуги аудиолога</b></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>Как правило, дополнительное обследование слуха и слуховые аппараты не входят в покрытие.</p>	<p>Для диагностических слуховых исследований, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж 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>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p> <b>Обследование на ВИЧ</b></p> <p>Для людей, которые желают провести тест на ВИЧ или находятся в группе повышенного риска заражения ВИЧ, мы покрываем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>одно скрининговое обследование каждые 12 месяцев.</li> </ul> <p>Если вы беременны, мы покрываем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>до 3 скрининговых обследований во время беременности.</li> </ul> <p><b>Обратите внимание:</b> 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 платеж или франшиза.</p>
<p><b>Уход за больными на дому*</b></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 сопряжен с большими усилиями.</p> <p>Покрываемые услуги включают, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>услуги квалифицированного медперсонала и сотрудника по оказанию медико-социальной помощи на 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);</li> <li>физиотерапия, трудотерапия и логопедия;</li> <li>медицинские и социальные услуги;</li> <li>медицинское оборудование и принадлежности.</li> </ul> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	<p>Для каждого посещения врача на дому, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж 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 службой Home Services или другим поставщиком, входящим в сеть.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Инфузионная терапия в домашних условиях*</b></p> <p>Инфузионная терапия в домашних условиях 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).</p> <p>Покрываемые услуги включают, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>профессиональные услуги, включая услуги медсестер, предоставляемые в соответствии с нашим планом ухода;</li> <li>тренинги и обучение пациентов, которые в других случаях не покрываются льготой на медицинское оборудование длительного пользования;</li> <li>удаленное наблюдение;</li> <li>услуги по наблюдению за проведением инфузионной терапии в домашних условиях и предоставлением лекарств для таковой квалифицированным поставщиком инфузионной терапии в домашних условиях.</li> </ul> <p>Непредпочтительные лекарства в рамках Части В могут подпадать под программу ступенчатой терапии. Самый актуальный список лекарств Части В, на которые распространяется ступенчатая терапия, можно найти на нашем сайте <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary">www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary</a>.</p> <p><b>Обратите внимание:</b> для оплаты услуг специалистов может применяться отдельное распределение расходов.</p> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	<p>Для инфузионной терапии на дому, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для химиотерапевтических лекарств Части В и их введения, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для других лекарств Части В, покрываемых Medicare, и их введения сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для медицинского оборудования длительного пользования, протезов и сопутствующих медицинских принадлежностей, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Паллиативная помощь в условиях хосписа</b></p> <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. Наш план обязан помочь вам найти сертифицированные Medicare хосписные программы в зоне обслуживания плана, включая те, которыми мы владеем, контролируем или в которых имеем финансовый интерес. Ваш врач в хосписе может быть как сетевым, так и несетевым поставщиком услуг.</p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• лекарства для контроля симптомов и облегчения боли;</li> <li>• кратковременный уход за больными;</li> <li>• уход на дому.</li> </ul> <p>Когда вас принимают в хоспис, вы имеете право остаться в нашем плане; если вы остаетесь в нашем плане, вы должны продолжить уплачивать взносы по плану.</p> <p><b>За услуги хосписа и услуги, покрываемые Medicare по Части А или В, которые связаны с вашим терминальным прогнозом:</b> Original Medicare (а не наш план) будет оплачивать вашему поставщику услуг хосписа услуги хосписа и любые услуги по Части А и Части В, связанные с вашим терминальным прогнозом. В период вашего нахождения в программе хосписа ваш поставщик услуг хосписа будет выставлять счет Original Medicare за услуги, которые оплачивает Original Medicare. Вам будет предъявлен счет согласно распределению расходов по Original Medicare.</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>Вы должны получать помощь от поставщика хосписных услуг, сертифицированного Medicare.</p> <p>За консультационные хосписные услуги, предоставляемые во время пребывания в стационаре, может взиматься дополнительное распределение расходов. 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>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Уход в хосписе (продолжение)</b></p> <p><b>За услуги, покрываемые Medicare по Части А или В, которые связаны с вашим терминальным диагнозом:</b> если вам нужны неэкстренные, не срочные услуги, которые покрываются Частями А или В Medicare и не связаны с вашим терминальным диагнозом, 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).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Если вы получаете покрываемые услуги у поставщика, входящего в сеть, и соблюдаете правила плана по получению услуг, вы платите только сумму распределения расходов, покрываемую планом, за услуги, входящие в сеть.</li> <li>Если вы пользуетесь покрываемыми услугами у внесетевого поставщика, вы оплачиваете расходы по Original Medicare.</li> </ul> <p><b>За услуги, покрываемые Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), но не покрываемые Medicare в рамках Части А или В:</b> Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) продолжит покрывать услуги по плану, которые не покрываются Частями А или В, независимо от того, связаны ли они с вашим терминальным диагнозом. Вы оплачиваете свою долю по распределению расходов по плану за эти услуги.</p> <p><b>Для лекарств, которые могут покрываться льготами плана в рамках Части D:</b> если они связаны с заболеванием, по поводу которого вы получаете хосписную помощь, вы оплачиваете свою долю по распределению расходов. Если они связаны с терминальным 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. Для получения подробной информации перейдите в раздел 9.4 главы 5.</p>	<p>За консультационные услуги хосписа, полученные в кабинете поставщика первичной медицинской помощи или специалиста, не предусмотрено сострахование, доплата или франшиза.</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>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Уход в хосписе (продолжение)</b></p> <p><b>Примечание:</b> если вам нужен уход вне хосписа (уход, не связанный с вашим неизлечимым прогнозом), свяжитесь с нами, чтобы договориться о предоставлении услуг.</p> <p>Наш план покрывает консультационные услуги хосписа (только один раз) для неизлечимо больного человека, который отказался от льгот на хоспис.</p>	
<p> <b>Вакцинация</b></p> <p>Покрываемые услуги Части В Medicare включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• вакцины от пневмонии;</li> <li>• 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;</li> <li>• вакцины против гепатита В, если вы подвержены высокому или среднему риску заражения гепатитом В;</li> <li>• вакцины от COVID-19;</li> <li>• другие вакцины, если вы находитесь в группе риска и они соответствуют правилам покрытия Части В Medicare.</li> </ul> <p>Мы также покрываем большинство других вакцин для взрослых в рамках льготы на лекарства по Части D. Дополнительную информацию см. в разделе 8 главы 6.</p> <p><b>Обратите внимание:</b> 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 вакцин против пневмонии, гриппа, гепатита В и COVID-19 не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p> <p>Для всех остальных видов вакцинации Части В, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для получения прививки от гриппа и/или пневмонии вы должны обратиться к поставщику услуг Medicare.</p> <p>Большинство прививок можно сделать в местной аптеке.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Стационарное лечение в больнице*</b></p> <p>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 днем пребывания в стационаре.</p> <p>Вам покрывается неограниченное количество дней в течение одного льготного периода для стационарного пребывания в больнице, покрываемого Medicare.</p> <p>За исключением экстренных случаев, ваш врач должен сообщить нам, что вас собираются положить в больницу.</p> <p>Покрываемые услуги включают, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• двухместная палата (или отдельная палата, если это необходимо по медицинским показаниям);</li> <li>• питание, включая особые диеты;</li> <li>• регулярные услуги медсестер;</li> <li>• расходы на услуги специальных отделений (например, отделений интенсивной терапии или коронарных отделений);</li> <li>• лекарства и медикаменты;</li> <li>• лабораторные исследования;</li> <li>• рентгенография и другие радиологические услуги;</li> <li>• необходимые хирургические и медицинские принадлежности;</li> <li>• использование вспомогательных принадлежностей, например, инвалидных кресел;</li> <li>• расходы на операционные и восстановительные палаты;</li> <li>• физическая, трудовая и логопедическая терапия;</li> <li>• стационарные наркологические услуги;</li> <li>• при определенных условиях покрываются следующие виды трансплантации: роговица, почки, почки и поджелудочная железа, сердце, печень, легкие, сердце/легкие, костный мозг, стволовые клетки и трансплантация кишечника/мультивисцеральная трансплантация. Если вам нужна трансплантация, мы организуем рассмотрение вашего случая в центре трансплантации, одобренном Medicare, который решит, являетесь ли вы кандидатом на трансплантацию.</li> </ul>	<p>Для дней с 1-го по 90-й, включая «дни пожизненного резерва», сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Вы оплачиваете все расходы после использования дней пожизненного резерва.</p> <p>Если у вас возникли вопросы об этой льготе, обратитесь в Службу поддержки клиентов.</p>



Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Стационарное лечение в больнице* (продолжение)</b></p> <p>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 отдаленном 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 долл. США. Расходы на питание и проживание не превышают 150 долл. США в день и учитываются при расчете максимальной суммы в 5 000 долл. США.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• кровь — включая хранение и применение. Покрытие цельной крови и эритроцитарной массы начинается с первой пинты крови, которая вам необходима. Все остальные компоненты крови покрываются, начиная с первой использованной пинты.</li> <li>• услуги врача.</li> </ul> <p><b>Примечание:</b> 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 все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, являетесь ли вы стационарным или амбулаторным пациентом, спросите у персонала больницы.</p>	<p><b>Обратите внимание:</b> 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.</p> <p>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.</p> <p>Если вы попали в больницу или учреждение квалифицированного сестринского ухода после окончания одного льготного периода, начинается новый льготный период. Количество льготных периодов не ограничено.</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>



Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Стационарное лечение в больнице* (продолжение)</b></p> <p>Более подробная информация содержится в информационном бюллетене Medicare «<i>Больничные льготы Medicare</i>». Этот информационный бюллетень можно найти в Интернете по адресу <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> или позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048.</p> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 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><b>Стационарные услуги в психиатрической больнице*</b></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.</p> <p>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 этой главы.</p>	<p>Для дней с 1-го по 90-й, включая «дни пожизненного резерва», сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Вы оплачиваете все расходы после использования дней пожизненного резерва.</p> <p>Если у вас возникли вопросы об этой льготе, обратитесь в Службу поддержки клиентов.</p> <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.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Стационарные услуги в психиатрической больнице*</b> (продолжение)</p>	<p>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>
<p><b>Пребывание в стационаре: Покрываемые услуги, полученные в больнице или SNF во время пребывания в стационаре без покрытия*</b></p> <p>Если вы исчерпали свои льготы на стационарное лечение, или если пребывание в стационаре не является обоснованным и необходимым, мы не будем покрывать ваше пребывание в стационаре. В некоторых случаях мы будем покрывать определенные услуги, которые вы получаете, находясь в больнице или в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF). Покрываемые услуги включают, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• услуги врача;</li> <li>• диагностические исследования (например, лабораторные анализы);</li> <li>• рентген, радиевая и изотопная терапия, включая технические материалы и услуги;</li> <li>• хирургические перевязочные материалы;</li> <li>• шины, гипсы и другие приспособления, используемые для вправления переломов и вывихов;</li> </ul>	<p>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 учетом суммы распределения расходов в разделе «Амбулаторные реабилитационные услуги».</p>


Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Пребывание в стационаре: Покрываемые услуги, полученные в больнице или SNF во время пребывания в стационаре без покрытия* (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• 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;</li> <li>• физиотерапия, логопедия и трудотерапия.</li> </ul> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	
<p><b>Программа доставки еды (только после выписки)</b></p> <p>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.</p> <p>Руководство по льготам</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Доставка первого блюда может занять до трех рабочих дней после заказа.</li> <li>• Пребывание под наблюдением не дает права на эту льготу на питание.</li> <li>• Блюда должны быть заказаны через нашего поставщика доставки еды.</li> <li>• Могут действовать некоторые ограничения и запреты.</li> </ul> <p>Для получения этой льготы от вас не требуется никаких действий, так как мы свяжемся с участниками, имеющими на нее право, напрямую. Посетите <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a>, чтобы получить контактную информацию лица, занимающегося льготами.</p>	<p>Для программы доставки еды, не покрываемой Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены. Покрытие ограничивается двумя приемами пищи в день в течение 28 дней (всего 56 приемов пищи) после каждой госпитализации в стационар.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<div>  <b>Медицинская диетология</b> </div> <p>Эта льгота предназначена для людей с сахарным 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.</p> <p>Мы покрываем медицинскую диетотерапию, назначенную врачом, независимо от вашего состояния или диагноза.</p> <p><b>Обратите внимание:</b> 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 использование услуг медицинской диетологии, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для услуг медицинской диетотерапии, не покрываемых программой Medicare, которые назначаются врачом, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p>
<div>  <b>Программа профилактики сахарного диабета Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b> </div> <p>Услуги MDPP покрываются имеющим на это право участникам Medicare по всем медицинским планам Medicare.</p> <p>MDPP — это структурированная программа изменения поведения в сфере здоровья, которая 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.</p>	<p>Для льгот MDPP не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Лекарства в рамках Части В Medicare*</b></p> <p><b>Эти лекарства покрываются в рамках Части В Original Medicare. Участники нашего плана получают покрытие этих лекарств через наш план. К покрываемым лекарствам относятся:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• лекарства, которые обычно не принимаются пациентом самостоятельно, а вводятся или применяются внутрь в процессе оказания медицинских, амбулаторных или хирургических услуг;</li> <li>• инсулин, вводимый с помощью предметов медицинского оборудования длительного пользования (например, необходимой с медицинской точки зрения инсулиновой помпы);</li> <li>• другие лекарства, которые вы принимаете с помощью медицинского оборудования длительного пользования (например, небулайзеров), утверждённого планом</li> <li>• лекарство для лечения 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;</li> <li>• факторы свертывания крови, которые вы вводите себе сами с помощью инъекций, если у вас гемофилия;</li> <li>• трансплантация/иммуносупрессанты: Medicare покрывает лекарственную терапию при трансплантации, если Medicare оплатила трансплантацию вашего органа. Вы должны иметь покрытие по Части А на момент трансплантации, а также по Части В на момент получения иммуносупрессантов. Покрытие лекарств Medicare распространяется на иммунодепрессанты, если они не покрываются Частью В;</li> </ul>	<p>Для лекарств для химиотерапии и лучевой терапии Части В, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>За обслуживание рецептурных лекарств, покрываемых Частью В Medicare, может применяться отдельное распределение расходов.</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>На рецептурные лекарства в рамках Части В Medicare может распространяться ступенчатая терапия.</p> <p>Распределение расходов на инсулин покрываются в размере 35 долл. США за месячный запас инсулина.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Рецептурные лекарства в рамках Части В Medicare* (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• инъекционные препараты для лечения остеопороза, если вы привязаны к дому, имеете перелом кости, который, по заключению врача, связан с постменопаузальным остеопорозом, и не можете вводить препарат самостоятельно;</li> <li>• некоторые антигены: Medicare покрывает антигены, если они приготовлены врачом и вводятся под надлежащим контролем лицом, прошедшим соответствующее обучение (этим лицом можете быть вы, пациент);</li> <li>• некоторые пероральные противоопухолевые препараты: Medicare покрывает некоторые пероральные противоопухолевые препараты, если они доступны в инъекционной форме или являются пролекарствами (пероральная форма препарата, которая при поступлении в организм распадается на те же активные ингредиенты, что и инъекционный препарат) инъекционного препарата. По мере появления новых пероральных противораковых препаратов, часть В может распространяться на них. Если часть В не покрывает их, то их покрывает часть D;</li> <li>• пероральные препараты против тошноты: Medicare покрывает пероральные препараты 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;</li> <li>• некоторые пероральные лекарства для лечения болезни почек последней стадии (ESRD), покрываемые Medicare в рамках Части В;</li> <li>• Агонисты кальция и фосфат-связывающие препараты в рамках системы оплаты за лечение ESRD, включая внутривенный препарат Parsabiv® и пероральный препарат Sensipar®;</li> <li>• некоторые препараты для домашнего диализа, включая гепарин, антидот для гепарина, когда это необходимо по медицинским показаниям, и местные анестетики;</li> </ul>	

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Рецептурные лекарства в рамках Части В Medicare* (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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);</li> <li>• внутривенный иммуноглобулин для лечения первичных иммунодефицитов в домашних условиях;</li> <li>• парентеральное и энтеральное питание (внутривенное и зондовое питание).</li> </ul> <p>По следующей ссылке вы найдёте список лекарств Части В, на которые может распространяться ступенчатая терапия:  <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary">www.ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary</a></p> <p>Мы также покрываем некоторые вакцины в рамках Части В и большинство вакцин для взрослых в рамках льготы на лекарства в рамках Части D.</p> <p>В главе 5 рассказывается о льготах на лекарства в рамках Части D, включая правила, которые вы должны соблюдать, чтобы получать покрытие на рецептурные лекарства. О том, сколько вы платите за свои лекарства в рамках Части D по нашему плану, рассказывается в главе 6.</p> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	
<p><b>Горячая линия сестринской поддержки</b></p> <p>Столкнулись с потенциально неотложной медицинской ситуацией? Горячая линия сестринской поддержки доступна 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Зарегистрированные медсестры помогут вам определить ваши дальнейшие действия — от приема обезболивающего до посещения пункта неотложной помощи.</p> <p>Если вы звоните по поводу себя или своего ребенка, наши медсестры помогут вам. Посетите <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a>, чтобы получить контактную информацию лица, занимающегося льготами.</p>	<p>Для горячей линии сестринской поддержки не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<div>  <b>Диагностика ожирения и терапия, способствующая устойчивому снижению веса</b> </div> <p>Если ваш индекс массы тела составляет 30 и более, мы проводим интенсивное консультирование, чтобы помочь вам сбросить вес. Эта консультация покрывается, если вы получаете ее 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.</p> <p><b>Обратите внимание:</b> 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 обследования и лечения ожирения не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>
<div> <b>Услуги программы лечения опиоидной зависимости*</b> </div> <p>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, ОТР), которая включает следующие услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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);</li> <li>• выдача и введение лекарств MAT (при необходимости);</li> <li>• консультирование по вопросам употребления психоактивных веществ;</li> <li>• индивидуальная и групповая терапия;</li> <li>• токсикологическое исследование;</li> <li>• действия по приему;</li> <li>• периодические обследования.</li> </ul> <p><b>Обратите внимание:</b> при предоставлении дополнительных услуг может применяться отдельное распределение расходов.</p> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	<p>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 платеж 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>



Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Амбулаторные диагностические исследования, терапевтические услуги и расходные материалы*</b></p> <p>Покрываемые услуги включают, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• рентгеновские снимки;</li> <li>• лучевая (радиевая и изотопная) терапия, включая технические материалы и принадлежности;</li> <li>• 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;</li> <li>• специальные диагностические исследования, такие как УЗИ и холтеровское мониторирование;</li> <li>• хирургические принадлежности, например перевязочные материалы;</li> </ul>	<p>Для рентгеновских снимков, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для услуг и расходных материалов по терапевтической радиологии, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для каждой специальной процедуры визуализации и специального диагностического теста, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для хирургических расходных материалов и гипсов, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<b>Амбулаторные диагностические исследования, терапевтические услуги и расходные материалы* (продолжение)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>шины, гипсы и другие приспособления, используемые для вправления переломов и вывихов;</li> <li>лабораторные анализы;</li> <li>кровь — включая хранение и применение. Покрытие донорской крови и эритроцитов начинается только с четвертой 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;</li> <li>такие диагностические внелабораторные тесты, как КТ, МРТ, ЭКГ и ПЭТ, когда ваш врач или другой медицинский работник назначает их для лечения медицинской проблемы;</li> </ul>	<p>Для повязок и принадлежностей, шин, гипсов и других приспособлений, используемых для вправления переломов и вывихов, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены. Они должны предоставляться Providence Home Services или другим сетевым поставщиком.</p> <p>Для лабораторных услуг, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для услуг, связанных с кровью, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены. Распределение расходов основано на льготах Original Medicare и зависит от процесса и обработки крови.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Амбулаторные диагностические исследования, терапевтические услуги и расходные материалы* (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• другие амбулаторные диагностические тесты и процедуры.</li> </ul> <p>Посетите <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a>, чтобы получить контактную информацию лица, занимающегося льготами.</p> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	<p>Для диагностических тестов и процедур, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>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.</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>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Амбулаторное стационарное наблюдение*</b></p> <p>Услуги по наблюдению — это амбулаторные услуги, предоставляемые в больнице для определения необходимости госпитализации в стационарное отделение или возможности выписки.</p> <p>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 прием пациентов в больницу или назначение амбулаторных анализов.</p> <p><b>Примечание:</b> 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 все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, что относитесь к амбулаторным пациентам, спросите об этом у персонала больницы.</p> <p>Более подробная информация содержится в информационном бюллетене Medicare «<i>Больничные льготы Medicare</i>». Этот информационный бюллетень можно найти в Интернете по адресу <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> или позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048.</p> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	<p>Для услуг по наблюдению, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж 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>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Амбулаторные стационарные услуги*</b></p> <p>Мы покрываем необходимые с медицинской точки зрения услуги, которые вы получаете в амбулаторном отделении больницы для диагностики или лечения заболевания или травмы.</p> <p>Покрываемые услуги включают, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Услуги в отделении экстренной помощи или амбулаторной клинике, такие как наблюдение или амбулаторные хирургические вмешательства.</li> </ul> <p><b>Обратите внимание:</b> для оплаты услуг специалистов может применяться отдельное распределение расходов.</p>	<p>Для каждого посещения отделения скорой помощи, покрываемого Medicare, состраховование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для услуг по наблюдению, покрываемых Medicare, состраховование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для каждой амбулаторной операции, покрываемой Medicare, состраховование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Плата за посещение амбулаторной клиники не взимается.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Лабораторные и диагностические исследования, за которые больница выставила счет.</li> </ul>	<p>Для лабораторных услуг, покрываемых Medicare, состраховование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для диагностических тестов и процедур, покрываемых Medicare, состраховование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Амбулаторные стационарные услуги*</b> (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Психиатрическое лечение, включая лечение в рамках программы частичной госпитализации, если врач утверждает, что без него потребуется стационарное лечение.</li> <li>Рентгеновские снимки и другие радиологические услуги, за которые больница выставила счет.</li> <li>Медицинские принадлежности, такие как шины и гипсовые повязки.</li> <li>Некоторые лекарства и биологические препараты, которые вы не можете принимать самостоятельно.</li> </ul> <p><b>Примечание:</b> 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 все равно можете считаться амбулаторным пациентом. Если вы не уверены, что относитесь к амбулаторным пациентам, спросите об этом у персонала больницы.</p> <p>Вы также можете найти дополнительную информацию в информационном бюллетене Medicare под названием «<i>Вы являетесь пациентом стационара или амбулаторного отделения?</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 <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> или позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям телетайпа 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 этой главы.</p>	<p>Для услуг программы частичной госпитализации, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для рентгеновских снимков и радиологических услуг, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для каждой специальной процедуры визуализации и специального диагностического теста, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для лекарств для химиотерапии и лучевой терапии Части В, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж 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>

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

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Амбулаторная психиатрическая помощь*</b></p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <p>Услуги по охране психического здоровья, предоставляемые психиатром или врачом, имеющим лицензию штата, клиническим психологом, клиническим социальным работником, клинической медсестрой-специалистом, лицензированным профессиональным консультантом (licensed professional counselor, LPC), лицензированным терапевтом по вопросам брака и семьи (licensed marriage and family therapist, LMFT), практикующей медсестрой (nurse practitioner, NP), помощником врача (physician assistant, 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 этой главы.</p>	<p>Для каждого посещения терапевта в индивидуальной или групповой форме, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для услуг программы частичной госпитализации, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж 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>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Амбулаторные реабилитационные услуги*</b></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>Для всех услуг физиотерапии и трудотерапии необходимо получить разрешение на проведение в амбулаторных условиях. Уведомления для реабилитационных услуг заполняются через представителя, выдающего разрешения, который действует от имени Providence Health Assurance. Уведомление — это первоначальный запрос, подаваемый представителю, выдающему разрешения, чтобы сообщить Providence Health Assurance о начале получения вами услуг физиотерапии и/или трудотерапии. Представитель, выдающий разрешения, определяет, одобрены ли эти запросы или требуется проверка их необходимости с медицинской точки зрения.</p> <p>*Может потребоваться предварительное разрешение на оказание первичных реабилитационных услуг и последующих посещений.</p>	<p>Для каждого сеанса трудовой терапии, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для каждого посещения физиотерапевта и логопеда, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж 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>



Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Амбулаторные услуги при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ*</b></p> <p>Покрываемые уровни лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• частичная госпитализация / лечение в дневное время;</li> <li>• интенсивное амбулаторное лечение;</li> <li>• амбулаторное лечение.</li> </ul> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• диагностическая оценка, обследование и планирование лечения;</li> <li>• лечение и/или процедуры;</li> <li>• прием лекарств и другие сопутствующие процедуры;</li> <li>• индивидуальная, семейная и групповая терапия;</li> <li>• услуги по ведению пациентов, предоставляемые поставщиками;</li> <li>• кризисное вмешательство.</li> </ul> <p><b>Обратите внимание:</b> 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.</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 этой главы.</p>	<p>Для услуг программы частичной госпитализации, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для каждого сеанса интенсивной амбулаторной терапии, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для каждого сеанса индивидуальной или групповой терапии, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж 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>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Амбулаторные хирургические вмешательства, включая услуги, предоставляемые в больничных амбулаторных учреждениях и амбулаторных хирургических центрах*</b></p> <p><b>Примечание:</b> 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 все равно можете считаться амбулаторным пациентом.</p> <p><b>Обратите внимание:</b> для оплаты услуг специалистов может применяться отдельное распределение расходов.</p> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	<p>Для каждого посещения амбулаторного хирургического центра, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для каждой амбулаторной операции в больнице, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для услуг по наблюдению, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж 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>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Безрецептурные (ОТС) товары</b></p> <p>Мы выдаем вам предварительно пополненную дебетовую карту с пособием в размере 40 долл. США каждые три месяца для оплаты товаров для здоровья и хорошего самочувствия, отпускаемых без рецепта (over-the-counter, ОТС). Ваша льгота накапливается каждые три месяца и истекает после 23:59 31 декабря каждого года.</p> <p>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.</p> <p>Для получения помощи или списка одобренных товаров и розничных аптек посетите веб-сайт <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a>.</p> <p>По всем остальным вопросам и проблемам звоните в Providence Health Assurance по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340. Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711.</p>	<p>Для лекарств, отпускаемых без рецепта, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Пособие в размере 40 долл. США каждые три месяца (розничная карточка, каталог, онлайн, почта и телефонный безрецептурный заказ).</p> <p>Неизрасходованные доллары будут переноситься из квартала в квартал, а затем истекнут в конце 2026 календарного года.</p> <p>Безрецептурные товары можно купить только в нашем каталоге или у одобренных продавцов. Чтобы получить копию каталога, обратитесь к администратору программы Providence или в службу поддержки клиентов.</p>

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

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Услуги частичной госпитализации и интенсивные амбулаторные услуги*</b></p> <p><i>Частичная госпитализация</i> — 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 госпитализации в стационар.</p> <p><i>Интенсивная амбулаторная услуга</i> — 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.</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 этой главы.</p>	<p>Для услуг частичной госпитализации, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж 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>

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

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Персональная система реагирования на чрезвычайные ситуации (PERS)</b></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 своем устройстве, чтобы поговорить с квалифицированным оператором, который скоординирует отправку экстренной службы туда, где вы находитесь.</p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• доставка и реализация мобильного устройства и базового блока;</li> <li>• технология GPS для определения вашего местоположения в чрезвычайных ситуациях;</li> <li>• технология автоматического обнаружения падения.</li> </ul> <p><b>Обратите внимание:</b> удалённое видеонаблюдение не покрывается.</p> <p>Для обращения в службу поддержки или регистрации посетите <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a>, чтобы получить контактную информацию лица, занимающегося льготами.</p>	<p>Для услуг, связанных с персональной системой реагирования на чрезвычайные ситуации (PERS), сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p>
<p><b>Услуги врача/практика, включая посещение кабинета врача</b></p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Необходимое с медицинской точки зрения медицинское обслуживание или хирургические услуги, получаемые в кабинете врача, сертифицированном амбулаторном хирургическом центре, амбулаторном отделении больницы или в любом другом месте.</li> <li>• Консультация, диагностика и лечение у специалиста.</li> </ul>	<p>Для каждого посещения поставщика первичной медицинской помощи, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для каждого посещения врача-специалиста, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Услуги врача/практика, включая посещение кабинета врача (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Базовые обследования слуха и равновесия, проводимые вашим РСР или специалистом, если ваш врач назначит их, чтобы определить, нуждаетесь ли вы в лечении.</li> <li>• Определенные услуги телемедицины, в том числе: первичная и специализированная помощь, психиатрическая помощь, лечение опиоидных и нарколологических расстройств, лечебная физкультура, трудовая и физиотерапия под наблюдением, услуги логопеда, просветительская деятельность по теме заболеваний почек, самостоятельный контроль сахарного диабета, а также консультации и визиты последующего наблюдения после выписки из больницы, операции или посещения отделения экстренной помощи.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Услуги будут предоставляться посредством интерактивной аудио- и видеосвязи, если поставщик сети, предоставляющий услугу, сочтет это целесообразным с клинической точки зрения.</li> </ul> </li> <li>• Некоторые услуги телемедицины, включая консультации, диагностику и лечение, проводимые врачом или практикующим специалистом, для пациентов в определенных сельских районах или других местах, одобренных Medicare.</li> <li>• Услуги телемедицины для проведения ежемесячных посещений, связанных с терминальной стадией заболеваний почек для участников, находящихся на домашнем гемодиализе, в центре гемодиализа на базе больницы или больницы скорой помощи, учреждении гемодиализа или на дому у участника.</li> <li>• Услуги телемедицины для диагностики, оценки или лечения симптомов инсульта, независимо от вашего местонахождения.</li> </ul>	<p>Информация о распределении расходов на обследование слуха и баланса приведена в разделе «Услуги аудиолога» данной таблицы медицинских льгот.</p> <p>Для каждой дополнительной услуги телемедицины, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платеж 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>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Услуги врача/практика, включая посещение кабинета врача (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Услуги телемедицины для участников с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ или сопутствующими психическими расстройствами, независимо от их местонахождения.</li> <li>• Услуги телемедицины для диагностики, оценки и лечения психических расстройств, если: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ вы посещали врача лично в течение 6 месяцев до первого посещения в рамках телемедицины.</li> <li>○ Во время получения услуг телемедицины вы лично посещаете врача каждые 12 месяцев.</li> <li>○ При определенных обстоятельствах могут быть сделаны исключения.</li> </ul> </li> <li>• Услуги телемедицины для посещения специалистов по психическому здоровью, предоставляемые сельскими медицинскими клиниками и федеральными центрами здравоохранения.</li> <li>• Виртуальные встречи (например, по телефону или видеочату) с врачом в течение 5-10 минут <b>если:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Вы не новый пациент <b>и</b></li> <li>○ Встреча не связана с посещением кабинета за последние 7 дней <b>и</b></li> <li>○ встреча не привела к посещению кабинета в течение 24 часов или к назначению ближайшего доступного времени посещения.</li> </ul> </li> <li>• Оценка состояния видео и/или изображений, которые вы отправляете врачу, а также интерпретация и последующее наблюдение у врача в течение 24 часов, <b>если:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Вы не новый пациент <b>и</b></li> <li>○ оценка состояния не связана с посещением кабинета за последние 7 дней, <b>и</b></li> </ul> </li> </ul>	

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Услуги врача/практика, включая посещение кабинета врача (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ оценка состояния не привела к посещению кабинета в течение 24 часов или к назначению ближайшего доступного времени посещения.</li> <li>• Консультации вашего врача с другими врачами по телефону, онлайн или посредством электронной медицинской карты.</li> <li>• Независимое заключение другого сетевого поставщика до операции.</li> <li>• Технологии удаленного доступа, не покрываемые программой Medicare: Мы предоставляем доступ к поставщикам, входящим в сеть, через <ul style="list-style-type: none"> <li>○ телефонные консультации для получения услуг по приему лекарств и контролю заболеваний, например, когда вы звоните по телефону горячей линии сестринской поддержки (Nurse Advice Line);</li> <li>○ электронные письма в приложении, например, когда вы отправляете сообщение своей медицинской команде в MyChart.</li> </ul> </li> <li>• 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.</li> </ul>	<p>На услуги технологии удаленного доступа, не покрываемые Medicare, не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>





Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Подологические услуги</b></p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• диагностика и медикаментозное или хирургическое лечение травм и заболеваний стоп (например, молоткообразного пальца или пяточной шпоры);</li> <li>• регулярный уход за ногами для участников с определенными заболеваниями, влияющими на нижние конечности.</li> </ul> <p><b>Обратите внимание:</b> отдельное распределение расходов может применяться, если предоставляются дополнительные услуги и/или если покрываемые услуги подиатрии предоставляются в больничном амбулаторном учреждении или амбулаторном хирургическом центре.</p>	<p>Для каждого посещения подолога, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Пожалуйста, обратитесь к разделу «Амбулаторная хирургия, включая услуги, предоставляемые в больничных амбулаторных учреждениях и амбулаторных хирургических центрах» для услуг, предоставляемых в амбулаторных условиях.</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>



Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<div data-bbox="203 310 240 359"></div> <div data-bbox="245 327 886 365"><b>Доконтактная профилактика ВИЧ (PrEP)</b></div> <p>Если у вас нет ВИЧ, но ваш врач или другой медицинский работник установит, что вы подвержены повышенному риску заражения ВИЧ, мы покрываем препараты для доконтактной профилактики ВИЧ (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) и связанные с этим услуги. Если вы соответствуете требованиям, покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• одобренные Управлением по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) пероральные или инъекционные препараты для PrEP. Если вы получаете инъекционный препарат, мы также покрываем плату за инъекции.</li> <li>• До 8 индивидуальных консультаций (включая оценку риска инфицирования ВИЧ, снижение риска инфицирования ВИЧ и соблюдения графика медикаментозного лечения) каждые 12 месяцев.</li> <li>• До 8 скринингов на ВИЧ каждые 12 месяцев.</li> </ul> <p>Одноразовое обследование на вирус гепатита В.</p>	<p>Для льгот на PrEP не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>
<div data-bbox="203 1131 240 1180"></div> <div data-bbox="245 1148 987 1186"><b>Скрининговые обследования на рак простаты</b></div> <p>Для мужчин в возрасте 50 лет и старше покрываются следующие услуги — один раз в 12 месяцев:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• пальцевое ректальное исследование;</li> <li>• тест на определение специфического антигена простаты (Prostate Specific Antigen, PSA).</li> </ul> <p><b>Обратите внимание:</b> если во время посещения, когда вы получаете эту профилактическую услугу, вас лечат или наблюдают за существующим медицинским состоянием, может взиматься совместный платеж или сострахование за лечение, полученное в связи с существующим медицинским состоянием.</p>	<p>За ежегодный PSA тест не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p> <p>Для пальцевого ректального исследования, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Протезы, ортопедические приспособления и сопутствующие товары</b></p> <p>Устройства (кроме стоматологических), которые полностью или частично заменяют часть тела или функцию. К ним относятся, в частности, следующее: тестирование, подгонка или обучение использованию протезов и ортопедических приспособлений, а также: калоприемники и принадлежности, непосредственно связанные с уходом за колостомой, кардиостимуляторы, брекеты, ортопедическая обувь, протезы конечностей и протезы молочной железы (включая хирургический бюстгальтер после мастэктомии). Сюда входят определенные 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.</p> <p>Все протезы и сопутствующие принадлежности должны быть предоставлены компанией Providence Home Services или другим сетевым поставщиком.</p> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	<p>Для протезов и сопутствующих принадлежностей, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для домашних повязок и принадлежностей, шин и других приспособлений, используемых для вправления переломов и вывихов, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж 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>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Услуги легочной реабилитации</b></p> <p>Комплексные программы легочной реабилитации покрываются для участников, страдающих хронической обструктивной болезнью легких (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) от умеренной до очень тяжелой степени и имеющих предписание на легочную реабилитацию от врача, лечащего хроническое респираторное заболевание.</p> <p>Количество сеансов легочной 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 сеанса легочной реабилитации, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж 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><b>Технология удаленного доступа</b></p> <p>Мы предоставляем доступ к поставщикам, входящим в сеть, через</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• телефонные консультации для получения услуг по приему лекарств и контролю заболеваний, например, когда вы звоните по телефону ProvRN;</li> <li>• электронные письма в приложении, например, когда вы отправляете сообщение своей медицинской команде в MyChart;</li> <li>• специальную веб-платформу для записи на прием к врачу для получения неотложной помощи в тот же день, если вы заходите на сайт Providence ExpressCare Virtual с планшета, смартфона или компьютера.</li> </ul>	<p>На услуги технологии удаленного доступа, не покрываемые Medicare, не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p> <b>Скрининг и консультирование для снижения злоупотребления алкоголем</b></p> <p>Мы покрываем один скрининг на злоупотребление алкоголем для взрослых пациентов (включая беременных женщин), которые злоупотребляют алкоголем, но не страдают алкогольной зависимостью.</p> <p>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.</p> <p><b>Обратите внимание:</b> 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 каждого профилактического обследования и консультирования с целью снижения злоупотребления алкоголем, покрываемого Medicare, не предусмотрено сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p> <b>Скрининг рака легкого с помощью низкодозной компьютерной томографии (LDCT)*</b></p> <p>Для соответствующих условиям лиц низкодозная компьютерная томография (low dose computed tomography, LDCT) покрывается каждые 12 месяцев.</p> <p><b>Участники, соответствующие требованиям:</b> люди в возрасте 50—77 лет, не имеющие признаков или симптомов рака легкого, но имеющие стаж курения табака не менее 20 условных лет курения, продолжающие курить в настоящее время или бросившие курить в течение последних 15 лет, получившие предписание на проведение LDCT во время консультаций по скринингу рака легкого и совместного принятия решений, которые соответствуют критериям Medicare для таких посещений и предоставляются врачом или квалифицированным специалистом, не являющимся врачом.</p> <p><i>Для проведения скрининга на предмет выявления рака легкого с помощью LDCT после первоначального скрининга LDCT:</i> участники должны получить направление на скрининг рака легкого 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 легкого и совместному принятию решений для скринингов рака легкого с помощью LDCT в дальнейшем, то это посещение должно соответствовать критериям Medicare для таких посещений.</p> <p>Проведение LDCT должно быть согласовано с вашим поставщиком услуг через администратора льгот по визуализации.</p> <p>Посетите <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a>, чтобы получить контактную информацию лица, занимающегося льготами.</p> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	<p>Для консультаций и совместного принятия решений, покрываемых Medicare, а также для LDCT не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p> <b>Скрининг на гепатит С</b></p> <p>Мы покрываем один скрининг на гепатит С, если ваш лечащий врач или другой квалифицированный медицинский работник назначит его и вы соответствуете одному из следующих условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• вы относитесь к группе высокого риска, потому что употребляли или употребляете инъекционные наркотики;</li> <li>• вам делали переливание крови до 1992 года;</li> <li>• вы родились в период с 1945 по 1965 год.</li> </ul> <p>Если вы родились с 1945 по 1965 год и не относитесь к группе высокого риска, мы оплачиваем скрининг один раз. Если вы относитесь к группе высокого риска (например, продолжаете употреблять инъекционные наркотики после предыдущего скрининга на гепатит С с отрицательным результатом), мы покрываем ежегодные скрининги.</p>	<p>Для скринингов на гепатит С, покрываемых Medicare, не предусмотрены сострахование, доплата или франшиза.</p>
<p> <b>Обследование на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), и консультирование по профилактике ИППП</b></p> <p>Мы покрываем анализы на инфекции, передающиеся половым путем (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 определенные периоды беременности.</p> <p>Мы также один раз в год покрываем от 20 до 30 минут индивидуального очного сеанса высокоинтенсивного поведенческого консультирования для двух 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.</p> <p><b>Обратите внимание:</b> 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 покрываемых Medicare анализов на ИППП и консультаций по вопросам ИППП не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>


Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Услуги по лечению заболеваний почек*</b></p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Услуги, направленные на обучение поддержанию здоровья почек и помощь участникам плана в принятии информированных решений относительно своего лечения. Для участников с хронической болезнью почек IV стадии при наличии направления врача мы покрываем до 6 сеансов услуг, направленных на обучение действиям при болезнях почек, на протяжении всей жизни.</li> <li>• Амбулаторные сеансы диализа (включая диализ во время временного пребывания вне зоны обслуживания, как описано в главе 3, или если ваш поставщик этой услуги временно недоступен или недосыгаем).</li> <li>• Сеансы диализа в стационаре (если вас госпитализировали для оказания специализированной помощи).</li> <li>• См. раздел «Стационарное больничное обслуживание» данной таблицы медицинских льгот, чтобы узнать о суммах распределения расходов на пребывание в стационаре.</li> <li>• Обучение самостоятельному выполнению диализа (предполагает обучение для вас и лиц, которые вам помогают при проведении домашнего диализа).</li> <li>• Оборудование и расходные материалы для домашнего диализа.</li> </ul>	<p>Для каждой услуги, направленной на обучение действиям при болезнях почек, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для гемодиализа, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Дополнительная плата за диализ, полученный во время пребывания в стационаре, покрываемого Medicare, не взимается.</p> <p>Для каждого сеанса обучения самостоятельному выполнению диализа, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для оборудования и расходных материалов для домашнего диализа, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p>




Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Услуги по лечению заболеваний почек*</b> (продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Определенные вспомогательные услуги на дому (такие как, при необходимости, посещения квалифицированными медработниками по диализу для проверки проводимого вами домашнего диализа, оказания помощи в экстренных ситуациях, проверки оборудования и водоснабжения для проведения диализа).</li> </ul> <p>Некоторые препараты для диализа покрываются в рамках Части В программы Medicare. Для получения информации о покрытии препаратов в рамках Части В перейдите к разделу <b>«Препараты в рамках Части В программы Medicare»</b> в этой таблице.</p> <p>*Для покрытия некоторых услуг может потребоваться предварительное разрешение. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	<p>Для каждого посещения врача на дому, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж 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>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Уход в учреждениях квалифицированного сестринского ухода (SNF)*</b></p> <p>(Определение ухода в учреждениях квалифицированного сестринского ухода приводится в главе 12. Учреждения квалифицированного сестринского ухода иногда называют SNF.)</p> <p>Ваш план покрывает до 100 дней в течение каждого льготного периода. Предварительная госпитализация не требуется.</p> <p>Покрываемые услуги включают, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• двухместная палата (или отдельная палата, если это необходимо по медицинским показаниям);</li> <li>• питание, включая особые диеты;</li> <li>• услуги квалифицированных медсестер;</li> <li>• физиотерапия, трудотерапия и логопедия;</li> <li>• лекарства, назначенные вам в рамках плана лечения (сюда входят вещества, которые естественным образом присутствуют в организме, например факторы свертывания крови);</li> <li>• кровь — включая хранение и применение. Покровие донорской крови и эритроцитарной массы начинается только с четвертой 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 самостоятельно или кто-то другой должен будет сделать это за вас. Все остальные компоненты крови покрываются, начиная с первой использованной пинты;</li> <li>• медицинские и хирургические принадлежности, обычно предоставляемые SNF;</li> <li>• лабораторные исследования, обычно предоставляемые SNF;</li> <li>• рентгенография и другие радиологические услуги, обычно предоставляемые SNF;</li> <li>• использование таких приспособлений, как инвалидные кресла, обычно предоставляемых SNF;</li> <li>• Услуги врача/практикующего клинициста.</li> </ul>	<p>С 1 по 100 день льготного периода включительно сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>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.</p> <p>Все дни пребывания в SNF, независимо от состояния, включаются в льготный период. Ваши льготы для пребывания в SNF предоставляются на основании календарной даты.</p> <p>Количество льготных периодов не ограничено.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Уход в учреждениях квалифицированного сестринского ухода (SNF)* (продолжение)</b></p> <p>Как правило, вы получаете уход SNF в сетевых учреждениях. При определенных условиях, перечисленных ниже, вы можете платить только за распределение расходов в сети за учреждение, не входящее в сеть, если это учреждение принимает суммы оплаты нашего плана.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• SNF, в котором проживает ваш супруг или сожитель на момент выписки из больницы.</li> </ul> <p>*Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	<p>Если вы поступили в учреждение в 2026 году, и не выписались до конца 2027 года, 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>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p> <b>Отказ от курения и употребления табака (консультирование по вопросам отказа от курения или употребления табака)</b></p> <p>Консультирование по вопросам отказа от курения и употребления табака покрывается для амбулаторных и госпитализированных пациентов, соответствующих таким критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• употребляют табак; независимо от того, имеются ли у них признаки или симптомы заболевания, связанного с курением;</li> <li>• адекватно ведут себя во время консультирования;</li> <li>• консультацию проводит квалифицированный врач или другой специалист, одобренный Medicare.</li> </ul> <p>Мы покрываем 2 попытки отказа от курения в течение года (каждая попытка может включать до 4 промежуточных или интенсивных сеансов, таким образом пациент может пройти до 8 сеансов в год.)</p> <p><b>Обратите внимание:</b> 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>Мы покрываем <b>телефонную программу по отказу от курения</b>, включая расходные материалы для программы, такие как никотинозаместительная терапия. Готовы к 12 месяцам поддержки? Посетите <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a>, чтобы получить контактную информацию лица, занимающегося льготами.</p>	<p>На профилактическую льготу по отказу от курения и употребления табака, покрываемые Medicare, не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза.</p> <p>На телефонную программу отказа от курения не распространяются сострахование, совместный платеж или франшиза.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<div>  <b>Специальные дополнительные льготы для хронически больных (SSBCI)</b> </div> <p>Хронически больным считается человек, который:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• имеет высокий риск госпитализации или других неблагоприятных последствий для здоровья; и</li> <li>• требует интенсивной координации ухода.</li> </ul> <p>Список хронических заболеваний:</p> <p>(1) хроническое расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и другие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (SUD).</p> <p>(2) Аутоиммунные расстройства:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) узелковый полиартериит,</li> <li>(ii) ревматическая полимиалгия,</li> <li>(iii) полимиозит,</li> <li>(iv) дерматомиозит,</li> <li>(v) ревматоидный артрит,</li> <li>(vi) системная красная волчанка,</li> <li>(vii) псориатический артрит,</li> <li>(viii) склеродермия.</li> </ul> <p>(3) Рак.</p> <p>(4) Сердечно-сосудистые заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) сердечные аритмии,</li> <li>(ii) ишемическая болезнь сердца,</li> <li>(iii) заболевания периферических сосудов,</li> <li>(iv) пороки клапанов сердца.</li> </ul> <p>(5) Хроническая сердечная недостаточность.</p> <p>(6) Деменция.</p> <p>(7) Сахарный диабет.</p> <p>(8) Избыточный вес, ожирение и метаболический синдром.</p> <p>(9) Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта:</p>	

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Специальные дополнительные льготы для хронически больных (SSBCI) (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) хроническое заболевание печени,</li> <li>(ii) неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП),</li> <li>(iii) гепатит В,</li> <li>(iv) гепатит С,</li> <li>(v) панкреатит,</li> <li>(vi) синдром раздраженного кишечника,</li> <li>(vii) воспалительные заболевания кишечника.</li> </ul> <p>(10) Хроническая почечная недостаточность (ХПН):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) ХПН, требующая диализа/терминальная стадия хронической почечной недостаточности (ТХПН),</li> <li>(ii) ХПН, не требующая диализа.</li> </ul> <p>(11) Тяжелые гематологические заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) апластическая анемия,</li> <li>(ii) гемофилия,</li> <li>(iii) иммунная тромбоцитопеническая пурпура,</li> <li>(iv) миелодиспластический синдром,</li> </ul> <p><b>Специальные дополнительные льготы для хронически больных (SSBCI) (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(v) серповидноклеточная анемия (за исключением носительства серповидноклеточной анемии),</li> <li>(vi) хронический венозный тромбоэмболизм.</li> </ul> <p>(12) ВИЧ/СПИД.</p> <p>(13) Хронические заболевания легких:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) бронхиальная астма, хронический бронхит,</li> <li>(ii) муковисцидоз,</li> <li>(iii) эмфизема,</li> <li>(iv) фиброз легких,</li> <li>(v) легочная гипертензия,</li> <li>(vi) хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).</li> </ul> <p>(14) Хронические и инвалидизирующие психические заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) биполярные расстройства,</li> <li>(ii) большие депрессивные расстройства,</li> <li>(iii) параноидальное расстройство,</li> <li>(iv) шизофрения,</li> <li>(v) шизоаффективное расстройство,</li> <li>(vi) посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР),</li> <li>(vii) расстройства пищевого поведения,</li> <li>(viii) тревожные расстройства.</li> </ul>	

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

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Специальные дополнительные льготы для хронически больных (SSBCI) (продолжение)</b></p> <p>(15) Неврологические расстройства:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) амиотрофический латеральный склероз (АЛС),</li> <li>(ii) эпилепсия,</li> <li>(iii) обширный паралич (то есть гемиплегия, квадриплегия, параплегия, моноплегия),</li> <li>(iv) болезнь Хантингтона,</li> <li>(v) рассеянный склероз,</li> <li>(vi) болезнь Паркинсона,</li> <li>(vii) полинейропатия,</li> </ul> <p>(viii) фибромиалгия,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(ix) синдром хронической усталости,</li> <li>(x) травмы спинного мозга,</li> <li>(xi) стеноз спинномозгового канала,</li> <li>(xii) неврологический дефицит, связанный с инсультом.</li> </ul> <p>(16) Инсульт.</p> <p>(17) Уход после трансплантации органов.</p> <p>(18) Иммунодефицит и иммуносупрессивные расстройства.</p> <p>(19) Состояния, сопровождающиеся когнитивными нарушениями:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) болезнь Альцгеймера,</li> <li>(ii) умственная отсталость и нарушения развития,</li> <li>(iii) травматические повреждения головного мозга,</li> <li>(iv) психические заболевания,</li> </ul> <p>сопровождающиеся когнитивными нарушениями, приводящие к инвалидности,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(v) легкие когнитивные нарушения.</li> </ul> <p>(20) Состояния, сопровождающиеся функциональными нарушениями и требующие аналогичных услуг, включая следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) травмы спинного мозга,</li> <li>(ii) паралич,</li> <li>(iii) потеря конечности,</li> <li>(iv) инсульт,</li> <li>(v) артрит.</li> </ul> <p>(21) Хронические заболевания, при которых ухудшается зрение, слух (глухота), вкус, осязание и обоняние.</p> <p>(22) Заболевания, при которых требуется постоянное лечение, чтобы человек мог сохранить или поддерживать свои функции.</p>	

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Специальные дополнительные льготы для хронически больных (SSBCI) (продолжение)</b></p> <p><b>Льготы на продукты питания и продукцию сельского хозяйства</b></p> <p>Вы можете использовать свои льготы в одобренных магазинах, таких как Walgreens, Safeway, Fred Meyer, QFC, CVS, Walmart и Dollar General / Family Dollar. Утвержденные розничные сети поменяются в любое время. Вы получите соответствующее уведомление. Примеры продуктов питания и продукции сельского хозяйства включают: хлеб, молочные продукты, фрукты и овощи, мясо и морепродукты, рис, макароны, яйца и заменители яиц.</p>	<p>Участники, соответствующие требованиям, получают пособие в размере 200 долл. США каждые три месяца на продукты питания и сельскохозяйственную продукцию. Неизрасходованные доллары будут переноситься из квартала в квартал, а затем истекнут в конце 2026 календарного года.</p>
<p><b>Услуги немедицинской транспортировки</b></p> <p>Немедицинская транспортировка — это перевозки, не связанные с приемом у врача, например, поездки в перечисленные ниже места и обратно:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ фитнес-центры (тренажерные залы) и связанные с ними социальные оздоровительные мероприятия, такие как зоны отдыха, общественные центры, парки и торговые центры с целью прогулок;</li> <li>○ аптеки;</li> <li>○ продуктовые магазины;</li> <li>○ продовольственные банки;</li> <li>○ центры для пожилых людей;</li> <li>○ церкви;</li> <li>○ банки и финансовые учреждения;</li> <li>○ парикмахеры и салоны красоты;</li> <li>○ посещение семьи.</li> </ul> <p>Вам покрывается до 24 поездок в одну сторону в рамках немедицинской транспортировки. Хотите запланировать поездку на предстоящее мероприятие? Посетите <a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts">www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts</a>, чтобы получить контактную информацию лица, занимающегося льготами.</p>	<p>Для участников, соответствующих требованиям, не предусмотрены сострахование, совместный платеж или франшиза на 24 поездок в одну сторону (не более 25 миль в каждую сторону) в течение календарного года.</p>




Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Лечебная физкультура под наблюдением (Supervised Exercise Therapy, SET)</b></p> <p>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"> <li>• состоять из занятий продолжительностью 30—60 минут, включающих в себя программу тренировок по лечебной физкультуре при PAD у пациентов с динамическими нарушениями кровообращения;</li> <li>• проводиться в амбулаторных больничных условиях или в кабинете врача;</li> <li>• проводиться квалифицированным вспомогательным персоналом, который обучен методикам проведения лечебной физкультуры при PAD, что является необходимым условием для того, чтобы польза превышала вред;</li> <li>• проводиться под непосредственным наблюдением врача, помощника врача или практикующей медсестры/клинической медсестры-специалиста, который должен быть обучен основным и передовым методам оказания первой помощи.</li> </ul> <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 сочтет это необходимым с медицинской точки зрения.</p>	<p>Для каждой услуги SET, покрываемой Medicare, сострахование, совместный платеж 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>

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

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Неотложные медицинские услуги</b></p> <p>Покрываемая планом услуга, требующая немедленной, но не экстренной медицинской помощи, считается неотложной медицинской услугой, если вы либо временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана, либо, даже если вы находитесь в зоне обслуживания нашего плана, если получение этой услуги у сетевых поставщиков является необоснованным с учетом времени, места и обстоятельств. Наш план должен покрывать неотложные услуги и взимать с вас только часть распределения расходов внутри сети. Примерами неотложных услуг являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы или неожиданные обострения существующих заболеваний. Необходимые с медицинской точки зрения плановые посещения врача (например, ежегодные осмотры) не считаются неотложными, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или если сеть нашего плана временно недоступна.</p> <p>Покрытие неотложной помощи действует только в Соединенных Штатах и на их территориях.</p> <p>Мы предоставляем доступ к поставщикам услуг неотложной помощи, входящим в сеть, через специальную веб-платформу для записи на прием к врачу в тот же день. Перейдите на Providence ExpressCare Virtual с планшета, смартфона или компьютера.</p>	<p>Для каждого посещения службы неотложной помощи, покрываемого Medicare, состраховование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Если вас госпитализируют в течение 24 часов после посещения отделения неотложной помощи, вам не нужно платить совместный платеж за услуги отделения неотложной помощи.</p> <p>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.</p> <p>Информацию о распределении расходов на стационарное лечение см. в разделе «Услуги пребывания в стационаре» данной таблицы медицинских льгот.</p>


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

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<b>Неотложные медицинские услуги (продолжение)</b>	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><b>Офтальмологическая помощь</b></p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li> Людям с высоким риском развития глаукомы мы покрываем одно обследование на выявление глаукомы в год. В группу повышенного риска возникновения глаукомы входят лица: с глаукомой в семейном анамнезе, больные сахарным диабетом, афроамериканцы в возрасте 50 лет и старше, а также латиноамериканцы в возрасте 65 лет и старше.</li> </ul>	<p>Для каждого обследования по диагностике и лечению заболеваний и состояний глаз, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p><b>Обратите внимание:</b> при предоставлении дополнительных услуг, таких как введение лекарств во время визита, может применяться отдельное распределение расходов.</p> <p>Для ежегодного профилактического скрининга глаукомы, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<b>Офтальмологическая помощь (продолжение)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Для людей с сахарным диабетом обследование на диабетическую ретинопатию оплачивается один раз в год.</li> </ul>	<p>Для одного скринингового обследования на диабетическую ретинопатию, покрываемого Medicare, сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p>
<b>Изделия для коррекции зрения</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>После хирургической операции по удалению катаракты: ваш план покрывает одну пару очков или контактных линз после каждой операции по удалению катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (хрусталика). (Если вам нужны 2 отдельные операции по удалению катаракты, вы не можете зарезервировать льготу после первой операции и приобрести 2 пары очков после второй операции.)</li> <li>Медицинские средства коррекции зрения: * медицинские средства коррекции зрения включены в льготу «Протезы и сопутствующие товары».</li> </ul> <p>* Данная услуга может потребовать предварительного разрешения. Подробности см. в разделе 2 этой главы.</p>	<p>Для одной пары очков или контактных линз, покрываемых Medicare, после каждой операции по удалению катаракты сострахование, совместный платеж или франшиза не предусмотрены.</p> <p>Для протезов и сопутствующих принадлежностей, покрываемых Medicare, сострахование, совместный платеж 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>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Офтальмологическая помощь (плановое лечение, не покрываемое Medicare)</b></p> <p>Покрываемые услуги включают:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• плановая проверка зрения: наш план покрывает одно плановое измерение рефракции глаз в течение календарного года. Цель этого обследования — проверить остроту вашего зрения, чтобы определить, нужны ли корректирующие очки или обновленные рецепты на очки или контактные линзы. Рефрактометрия — это часть приема в кабинете врача, в ходе которой вам подбирают и выписывают рецепт на очки. Обе услуги включены в льготу на плановую проверку зрения.</li></ul> <p>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 в рамках Части В. Подробную информацию о льготах на медицинские услуги, связанные со зрением см. в разделе «Офтальмологическая помощь» выше.</p>	<p>Для одной плановой проверки зрения в течение календарного года сострахование, совместный платеж 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>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p><b>Офтальмологическая помощь (плановое лечение, не покрываемое Medicare) (продолжение)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Стандартные средства коррекции зрения: *ваш план покрывает приобретение обычных очков или контактных линз каждый один раз в календарный год.</li> </ul> <p>*Сумма распределения расходов на стандартные средства коррекции зрения не засчитывается в максимальный размер расходов по вашему плану.</p>	<p>Вам предоставляется пособие в размере до 150 долл. США 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 150 долл. США в календарный год за стандартные средства коррекции зрения. Услуги по подбору обычных рецептурных контактных линз включены в льготу на стандартные средства коррекции зрения. Ответственность за любую сумму, выставленную поставщиком сверх установленной, лежит на вас. Вы не ограничены поставщиком, входящим в сеть. Вы можете получить стандартные средства коррекции зрения у любого квалифицированного врача.</p> <p>Обратите внимание, что описанные выше пособия одинаковы для всех поставщиков. Попросите своего врача выставить нам счет за услуги, используя адрес для заявок, указанный на обороте вашей идентификационной карты участника. Вы также можете потребовать от нас возмещения расходов.</p>

Покрываемая услуга	Что вы оплачиваете
<p> <b>Профилактическое посещение «Добро пожаловать в Medicare»</b></p> <p>План покрывает однократное профилактическое посещение <i>«Добро пожаловать в Medicare»</i>. Посещение включает в себя анализ состояния вашего здоровья, а также ознакомление и консультирование по поводу необходимых вам профилактических услуг (включая некоторые скрининги и прививки), а также направление на другие виды лечения при необходимости.</p> <p><b>Важно:</b> мы покрываем профилактическое посещение <i>«Добро пожаловать в Medicare»</i> только в течение первых 12 месяцев действия Части В плана Medicare. Записываясь на приём, сообщите в офисе врача, что вы хотите запланировать профилактическое посещение <i>«Добро пожаловать в Medicare»</i>.</p> <p><b>Обратите внимание:</b> 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 <i>«Добро пожаловать в Medicare»</i> не предусмотрены сострахование, совместный платёж или франшиза.</p>

### РАЗДЕЛ 3 Услуги, которые покрываются вне плана 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 организации по координации медицинского обслуживания Oregon Health Plan (Medicaid).

## РАЗДЕЛ 4 Услуги, которые не покрываются нашим планом

В этом разделе говорится о том, какие услуги «исключены».

В приведенной ниже таблице перечислены некоторые услуги и принадлежности, которые не покрываются нашим планом ни при каких условиях или покрываются только при определенных условиях.

Если вы пользуетесь услугами, которые исключены (не покрываются), вы должны оплатить их самостоятельно, за исключением особых условий, перечисленных ниже. Даже если вы получили исключенные услуги в учреждении экстренной помощи, исключенные услуги все равно не покрываются, и наш план не будет их оплачивать. Единственным исключением является случай, когда услуга обжалуется и по результатам рассмотрения апелляции признается медицинской услугой, которую мы должны были оплатить или покрыть, учитывая вашу конкретную ситуацию. (Информация об обжаловании принятого нами решения об отказе в покрытии медицинской услуги приведена в разделе 6.3. главы 9.)

Услуги, которые не покрываются Medicare	Покрываются только при определенных условиях
Иглоукалывание	При определенных 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
Вскрытия и услуги, связанные с вскрытиями	Не покрываются ни при каких условиях
Оплата за пропущенные приемы или заполнение форм претензий	Не покрываются ни при каких условиях



<b>Услуги, которые не покрываются Medicare</b>	<b>Покрываются только при определенных условиях</b>
<b>Зачатие искусственным путем, таким как экстракорпоральное оплодотворение, внутрифаллопиевый перенос зиготы и внутрифаллопиевый перенос гамет (gamete intra-fallopiantransfers, GIFT)</b>	Не покрываются ни при каких условиях
<b>Косметическая хирургия или процедуры</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Покрываются в случае случайной травмы или для улучшения функционирования деформированной части тела</li> <li>• Покрываются все этапы реконструкции груди после мастэктомии, а также реконструкции непораженной молочной железы для создания симметричного внешнего вида</li> </ul>
<b>Повседневный уход</b>  Повседневный уход — это личный уход, который не требует постоянного внимания со стороны квалифицированного медицинского или парамедицинского персонала, например помощь в повседневной жизни: при купании, одевании и т. п.-	Не покрываются ни при каких условиях
<b>Тестирование напрямую для потребителей (также известное как самотестирование, домашнее тестирование или безрецептурное тестирование), продаваемое непосредственно людям через интернет, телевидение, печатную рекламу или другие маркетинговые материалы</b>	Не покрываются ни при каких условиях
<b>Выборочные или добровольные процедуры или услуги по улучшению</b>	Не покрываются ни при каких условиях

<b>Услуги, которые не покрываются Medicare</b>	<b>Покрываются только при определенных условиях</b>
<p><b>Экспериментальные медицинские и хирургические процедуры, оборудование и лекарства.</b></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 подробная информация о клинических исследованиях приведена в разделе 5 главы 3.)</p>
<p><b>Оплата за уход, осуществляемый вашими ближайшими родственниками или членами вашей семьи</b></p>	<p>Не покрываются ни при каких условиях</p>
<p><b>Оказание круглосуточной медицинской помощи у вас дома</b></p>	<p>Не покрываются ни при каких условиях</p>
<p><b>Гостевое питание в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода</b></p>	<p>Не покрываются ни при каких условиях</p>
<p><b>Питание с доставкой на дом</b></p>	<p>Покрывается после квалифицированной стационарной госпитализации.</p>
<p><b>Услуги домработницы включают базовую помощь по дому, в том числе легкую уборку или приготовление несложных блюд.</b></p>	<p>Не покрываются ни при каких условиях</p>
<p><b>Дополнительные линзы для аппаратного лечения катаракты (например, отточенные, с антибликовым покрытием, прогрессивные, линзы больших размеров и т. д.), за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям</b></p>	<p>Покрывается только в случае медицинской необходимости.</p>
<p><b>Рецептурные лекарства в рамках Части В Medicare для поездок за пределы США и их территорий</b></p>	<p>Не покрываются ни при каких условиях</p>

<b>Услуги, которые не покрываются Medicare</b>	<b>Покрываются только при определенных условиях</b>
<b>Услуги натуропата (использует натуральные или альтернативные методы лечения)</b>	Не покрываются ни при каких условиях
<b>Неэкстренная транспортировка</b>	Неэкстренная транспортировка в медицинских целях покрывается планом Oregon Health Plan (Medicaid) до места назначенных приемов и в аптеку при получении предварительного одобрения службы перевозки.
<b>Внеплановый уход за зубами</b>  При желании вы можете использовать свою предварительно пополненную дебетовую карту для оплаты внеплановых стоматологических услуг. Более подробную информацию см. в строке <b>«Стоматологические услуги*»</b> в Таблице медицинских льгот в разделе 2 этой главы.	Стоматологическая помощь, необходимая для лечения заболевания или травмы, может покрываться как стационарное или амбулаторное лечение
<b>Ортопедическая обувь или поддерживающие приспособления для ног</b>	Обувь, являющаяся частью ножного фиксатора и входящая в его стоимость. Ортопедическая или лечебная обувь для людей с диабетической болезнью стопы
<b>Личные вещи в вашей палате в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода, такие как телефон или телевизор</b>	Не покрываются ни при каких условиях
<b>Частные медсестры</b>	Не покрываются ни при каких условиях
<b>Отдельная палата в больнице</b>	Покрывается только в случае медицинской необходимости.
<b>Психологическое развитие или программы самопомощи для психически здоровых людей</b>	Не покрываются ни при каких условиях

<b>Услуги, которые не покрываются Medicare</b>	<b>Покрываются только при определенных условиях</b>
Отчеты, 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	Противозачаточные средства могут быть покрыты Oregon Health Plan (Medicaid).
Плановая хиропрактика	Покрываются ручные манипуляции с позвоночником для вправления подвывиха.-
Плановый уход за зубами, например, пломбы или зубные протезы	Профилактические стоматологические услуги покрываются Oregon Health Plan (Medicaid).
Плановые проверки остроты зрения, очки, радиальная кератотомия, операция LASIK и другие методы коррекции зрения	Одна пара очков со стандартной оправой (или одна пара контактных линз) покрывается после каждой операции по удалению катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (хрусталика).
Плановый уход за ногами	Ограниченное покрытие предоставляется в соответствии с рекомендациями Medicare (например, если у вас сахарный диабет)
Плановые обследования слуха, слуховые аппараты или обследования для подбора слуховых аппаратов	Oregon Health Plan (Medicaid) покрывает слуховые аппараты и необходимые для них батарейки, включая посещения для их выдачи, подбора и ремонта. Также покрываются услуги, связанные со слухом, которые предоставляет лицензированный врач, аудиолог или специалист по слуховым аппаратам.
Услуги, которые не считаются целесообразными и необходимыми в соответствии со стандартами Original Medicare	Не покрываются ни при каких условиях
Услуги, которые не покрываются Medicare	Oregon Health Plan (Medicaid) может покрывать услуги, которые не покрывает Medicare.

<b>Услуги, которые не покрываются Medicare</b>	<b>Покрываются только при определенных условиях</b>
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	Услуги установки внутриматочной спирали могут покрываться Oregon Health Plan (Medicaid).
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, приемный родственник, приемный родитель или партнер по браку или любой другой подобный человек.	Не покрываются ни при каких условиях
Приспособления для нормального зрения, изейконические линзы или обычные (без рецепта) очки, солнцезащитные очки и другие приспособления и услуги для коррекции зрения	Не покрываются ни при каких условиях
Лечение или консультирование при отсутствии заболевания, включая консультирование по вопросам брака	Не покрываются ни при каких условиях
Парики	Oregon Health Plan (Medicaid) покрывает парики для лиц, у которых выпадают волосы вследствие химиотерапии или лучевой терапии.

## ГЛАВА 5:

# Как пользоваться покрытием плана на лекарства в рамках 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 в рамках 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, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) и попросите предоставить вам LIS Rider. (Номера телефонов службы поддержки клиентов указаны на задней обложке этого документа.)

### РАЗДЕЛ 1 Основные правила покрытия лекарств в рамках Части D нашего плана

---

Перейдите к Таблице медицинских льгот в главе 4, чтобы ознакомиться со льготами на лекарства в рамках Части B программы Medicare и льготы на лекарства для хосписов.

Помимо лекарств, покрываемых Medicare, некоторые рецептурные лекарства покрываются вашими льготами Medicaid. Покрытие этих лекарств описано в «Списке лекарств» Oregon Health Plan (Medicaid).

Наш план, как правило, покрывает ваши лекарства, если вы следуете таким правилам:

- Вы должны попросить поставщика (врача, стоматолога или другого специалиста, выписывающего рецепт) выписать вам рецепт, который будет действительным в соответствии с действующим законодательством штата.
- Ваш назначающий врач не должен быть в списках исключений или ограничений Medicare.

- Как правило, для получения лекарства по рецепту вы должны прийти в аптеку нашей сети (см. раздел 2), или же вы можете получить его, воспользовавшись почтовой службой нашего плана.
- Ваше лекарство должно быть в «Списке лекарств» нашего плана (см. раздел 3).
- Ваше лекарство должно использоваться по медицинским показаниям. «Медицинские показания» — это применение лекарственного препарата, которое либо одобрено FDA, либо подтверждено в определенных источниках. (Подробнее о медицинских показаниях см. в разделе 3.)
- Чтобы мы покрыли ваше лекарство может потребоваться одобрение со стороны нашего плана на основании определенных критериев. (Дополнительная информация содержится в разделе 4.)

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

---

В большинстве случаев ваши рецепты покрываются *только* при условии получения лекарств по ним в наших сетевых аптеках. (Подробную информацию о случаях покрытия рецептов в аптеках вне сети см. в разделе 2.5.)

Сетевая аптека — это аптека, заключившая с нашим планом договор на поставку покрываемых лекарств. Термин «покрываемые лекарства» означает все лекарства в рамках Части D, включенные в «Список лекарств» нашего плана.

### **Раздел 2.1    Сетевые аптеки**

#### **Найдите сетевую аптеку в своем районе**

Что бы найти сетевую аптеку, зайдите в свой *Справочник аптек и поставщиков*, посетите наш веб-сайт ([www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider)), и/или обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

Вы можете обратиться в любую из наших сетевых аптек.

#### **Что делать, если ваша аптека выходит из сети**

Если аптека, услугами которой вы пользуетесь, выходит из сети нашего плана, вам придется найти новую аптеку, входящую в сеть. Чтобы найти другую аптеку в вашем районе, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711), либо воспользуйтесь *Справочником аптек и поставщиков*. Вы также можете посетить наш сайт по ссылке [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider).

## **Специализированные аптеки**

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 препаратов по программе Части D в учреждениях LTC, позвоните в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).
- Аптеки, обслуживающие Индейскую службу здравоохранения / Программу здравоохранения племен / 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, запрещенные FDA к применению в определенных местах или требующие особого подхода, координации действий поставщика или обучения по их применению. Чтобы найти специализированную аптеку, зайдите в свой *Справочник аптек и поставщиков*, посетите наш веб-сайт ([www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider)), и/или обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

## **Раздел 2.2 Почтовая служба нашего плана**

Для некоторых видов лекарств вы можете воспользоваться услугами службы почтовой доставки нашего 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 получить информацию о получении лекарств по рецепту почтой, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

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, ее работники свяжутся 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 автоматически начинаем обработку вашего следующего пополнения запасов, когда по нашим данным ваш текущий запас препарата подходит к концу. 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 высылала вам рецепт по почте, обратитесь в аптеку за 10—14 дней до окончания действия вашего рецепта. Это гарантирует 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 2.3 Как получить долгосрочный запас лекарств**

Если вы получаете долгосрочный запас лекарств, ваша доля по распределению расходов может быть меньше. Наш план предлагает два способа получения долгосрочного запаса (также называемого расширенным запасом) поддерживающих лекарств, включенных в «Список лекарств» нашего плана. (Поддерживающие лекарства — это лекарства, которые вы принимаете регулярно 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](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) указано, в каких аптеках нашей сети вы можете получить долгосрочный запас поддерживающих лекарств. Вы можете обратиться в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711), чтобы получить более подробную информацию.
2. Вы также можете получать поддерживающие лекарства через нашу программу доставки по почте. Дополнительная информация содержится в разделе 2.3.

## **Раздел 2.4 Использование услуг аптеки, не входящей в сеть нашего плана**

Как правило, мы покрываем лекарства, купленные в аптеке вне сети *только* в том случае, если вы не можете воспользоваться услугами сетевой аптеки. У нас также есть сетевые аптеки за пределами нашей зоны обслуживания, где вы можете получать лекарства по рецептам, являясь участником нашего плана. **Сначала обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711), чтобы узнать, есть ли поблизости сетевая аптека.**

Мы возмещаем расходы на рецептурные лекарства, полученные в аптеках, не входящих в сеть, только в перечисленных ниже случаях.

- 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 в рамках Части D, или вы заболели и вам понадобилось покрываемое лекарство в рамках 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).

- Вы не можете получить определенное 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.

Если вы вынуждены воспользоваться услугами несетевой аптеки, вам, как правило, придется оплатить полную стоимость (а не часть стоимости как обычно) при получении лекарств по рецепту. Вы можете попросить нас возместить вам нашу часть расходов. (В разделе 2 главы 7 есть информация о том, как запросить у нашего плана возмещение расходов.) Вас могут обязать оплатить разницу между суммой, которую вы заплатите за лекарство в несетевой аптеке, и стоимостью, которую мы покрыли бы в сетевой.

### **РАЗДЕЛ 3    Ваши лекарства должны быть включены в «Список лекарств» нашего плана**

---

#### **Раздел 3.1 В «Списке лекарств» указано, какие лекарства Части D покрываются**

У нашего плана есть *Список покрываемых лекарств* (Формулярный список). В данном *Справочнике страхователя*, мы сокращенно называем его **«Список лекарств»**.

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

В «Список лекарств» включены только лекарства, покрываемые Частью D Medicare. Помимо лекарств, покрываемых Medicare, некоторые рецептурные лекарства покрываются вашими льготами Medicaid. Покрытие этих лекарств описано в «Списке лекарств» Oregon Health Plan (Medicaid).

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

- одобрено FDA 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.

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

Фирменное лекарство — это рецептурное лекарство, которое продается под торговой маркой, принадлежащей его производителю. Биологические препараты — 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 препарат.

Дженерик (воспроизведенное лекарство) — это рецептурное лекарство, содержащее те же активные ингредиенты, что и фирменное лекарство. У биологических препаратов есть альтернативы, называемые биоаналогами. Как правило, дженерики и биоаналоги действуют так же хорошо, как и фирменное лекарство или оригинальный биологический препарат и обычно стоят дешевле. Для многих фирменных лекарств существуют дженерики, а для некоторых оригинальных биологических препаратов — биоаналоги. Некоторые биоаналоги являются взаимозаменяемыми биоаналогами и, в зависимости от законодательства штата, могут быть заменены оригинальным биологическим препаратом 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.

### **Препараты, не включенные в «Список лекарств»**

Лекарства, покрываемые Medicaid, не входят в «Список лекарств». Вы можете посетить страницу Medicaid, посвященную лекарствам, покрываемым Medicaid [www.providencehealthplan.com/health-share-providence-ohp](http://www.providencehealthplan.com/health-share-providence-ohp).

Наш план не покрывает все рецептурные лекарства.

- В некоторых случаях закон не позволяет ни одному из планов Medicare покрывать определенные типы лекарств. (Дополнительную информацию см. в разделе 7.)
- В других случаях мы приняли решение не включать то или иное лекарство в «Список лекарств».
- В некоторых случаях вы можете получить лекарство, которое не входит в наш «Список лекарств». (Дополнительную информацию см. в главе 9.)

## **Раздел 3.2 Как узнать, включен ли конкретный препарат в «Список лекарств»**

Чтобы узнать, входит ли препарат в наш «Список лекарств», вы можете сделать следующее:

- проверьте в последнем «Списке лекарств», который мы предоставили в электронном виде.
- Посетите сайт плана ([www.providencehealthassurance.com/formulary](http://www.providencehealthassurance.com/formulary)). Список лекарств на сайте всегда самый актуальный.
- Позвоните в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711), чтобы узнать, входит ли конкретное лекарство в «Список лекарств» плана или попросить копию списка.
- Используйте инструмент плана под названием Real-Time Benefit Tool ([myrxss.com/ProvidenceMA](http://myrxss.com/ProvidenceMA)), чтобы выполнить поиск лекарства в «Списке лекарств» и узнать, сколько заплатите вы, а также есть ли в «Списке лекарств» альтернативные лекарства, которые лечат то же самое заболевание. Обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

## **РАЗДЕЛ 4 Препараты с ограничениями по покрытию**

---

### **Раздел 4.1 Почему к некоторым препаратам применяются ограничения**

Для некоторых рецептурных лекарств действуют особые правила, ограничивающие, как и когда наш план покрывает их стоимость. 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 действует так же хорошо, как и более дорогое, правила нашего 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 по сравнению со 100 мг; один раз в день по сравнению с приемом дважды в день; таблетки по сравнению с жидкостью).

## Раздел 4.2 Виды ограничений

Если для вашего лекарства установлено ограничение, это обычно означает, что вам или вашему поставщику придется предпринять дополнительные шаги, чтобы мы покрыли его стоимость. Обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711), чтобы узнать, что вы или ваш врач можете предпринять, чтобы получить покрытие на препарат. **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.)

### Получение предварительного одобрения плана

Для некоторых лекарств вам или вашему поставщику необходимо получить разрешение от плана на основании определенных критериев, прежде чем мы согласимся покрыть вам его стоимость. Это называется **предварительной авторизацией**. Это сделано для того, чтобы обеспечить безопасность лекарств и помочь правильно использовать определенные лекарства. Если вы не получите такого разрешения, лекарство может не покрываться нашим планом. Критерии для получения предварительного разрешения плана можно узнать, обратившись в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) или на нашем веб-сайте [https://fm.formularynavigator.com/FBO/249/CMS\\_PART\\_D\\_2026\\_DSNP\\_PA.pdf](https://fm.formularynavigator.com/FBO/249/CMS_PART_D_2026_DSNP_PA.pdf).

### Сначала попробуйте другое лекарство

Это требование побуждает вас попробовать менее дорогостоящие, но обычно столь же эффективные лекарства, прежде чем наш 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 подойдет, план покроет лекарство В. Это требование сначала попробовать другое лекарство называется **ступенчатой терапией**. Критерии для получения предварительного разрешения плана можно узнать, обратившись в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) или на нашем веб-сайте [https://fm.formularynavigator.com/FBO/249/CMS\\_PART\\_D\\_2026\\_DSNP\\_ST.pdf](https://fm.formularynavigator.com/FBO/249/CMS_PART_D_2026_DSNP_ST.pdf).

### Ограничения по количеству

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

## **РАЗДЕЛ 5 Что делать, если покрытие вашего лекарства отличается от ожидаемого**

---

В некоторых ситуациях рецептурное лекарственное средство, которое вы принимаете или которое, по вашему мнению и мнению вашего врача, вам следует принимать, не входит в наш «Список лекарств» или имеет ограничения. Например:

- Лекарство может вообще не покрываться. Или дженерик покрывается, а фирменная версия, которую вы хотите принимать, — нет.
- Лекарство покрывается, но существуют дополнительные правила или ограничения на его покрытие.

**Если вашего лекарства нет в «Списке лекарств» или на него распространяются ограничения, ниже приведены доступные вам варианты действий.**

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

### **Возможно, вам удастся получить временную поставку**

При определенных обстоятельствах наш план обязан 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 дней. Если ваш рецепт выписан на меньшее количество дней, мы разрешим многократную покупку лекарств в течение максимум 30 дней. 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 участников, состоящих в нашем плане более 90 дней и проживающих 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

Если у вас есть вопросы о временной поставке, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

**Пока 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.**

**Вариант 1. Вы можете перейти на другое лекарство.**

Обсудите с вашим лечащим врачом, может ли другое лекарство, покрываемое нашим планом, подойти вам так же хорошо. Обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711), чтобы получить список покрываемых лекарств, которые лечат то же самое заболевание. Этот список поможет вашему поставщику найти покрываемое лекарство, которое может вам подойти.

**Вариант 2. Вы можете попросить сделать исключение.**

**Вы и ваш поставщик можете попросить наш 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 он может помочь вам запросить исключение. Например, вы можете попросить план покрыть лекарство, даже если оно не входит в «Список лекарств» нашего плана. Или вы можете попросить план сделать исключение и покрыть лекарство без ограничений.

**Если вы и ваш врач хотите запросить исключение, прочитайте раздел 7.4 главы 9, чтобы узнать, что следует делать.** В нем объясняются процедуры и сроки, установленные Medicare для того, чтобы ваш запрос был рассмотрен оперативно и справедливо.



## **РАЗДЕЛ 6 Наш «Список лекарств» может меняться в течение года**

---

Большинство изменений в покрытии лекарств происходят в начале каждого года (1 января). Однако, в течение года план также может вносить некоторые изменения в «Список лекарств». Например, в план могут вноситься изменения:

- добавляться или исключаться лекарства из «Списка лекарств»;
- вводиться или сниматься ограничения на покрытие лекарств;
- фирменное лекарство может быть заменено его дженерик-версией;
- заменять оригинальный биологический продукт на взаимозаменяемый биоаналог биологического продукта.

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

### **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 нашу онлайн-версию «Списка лекарств». Иногда вы можете получать прямое уведомление, если изменения коснулись лекарства, которое вы принимаете.

### **Изменения в покрытии лекарств, которые затронут вас в течение этого года действия плана**

- **Добавление новых лекарств в «Список лекарств» и немедленное удаление или внесение изменений в аналогичное лекарство в «Списке 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 внесем эти немедленные изменения только в том случае, если добавим новую дженерик-версию фирменного лекарства или некоторые новые биоаналогичные версии оригинального биологического продукта, который уже был включен 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».**
  - 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.
  - Мы внесем эти изменения только в том случае, если добавим новую дженерик-версию фирменного лекарства или добавим некоторые новые биоаналогичные версии оригинального биологического препарата, который уже был включен 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 произойдет, 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, включенные 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 внесем 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 этого года действия плана**

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 этого года действия плана:

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

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 Виды лекарств, которые мы не покрываем**

---

Некоторые виды рецептурных препаратов *исключены* из списка. 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 стоимость. (О том, как обжаловать решение, читайте в главе 9.) Если лекарство, исключенное нашим планом, также исключено программой Medicaid, вы должны будете 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.

**Глава 5 Использование покрытия плана на рецептурные лекарства Части D**

---

- Наш план не может покрывать лекарства, купленные за пределами США или их территорий.
- Наш план не может покрывать лекарства, используемые *не по назначению*, если такое использование не подтверждено определенными справочными материалами, такими как информация о лекарствах Американской службы больничных фармацевтов и информационная система Micromedex DRUGDEX. Использование *не по назначению* — это любое применение лекарства, отличающееся от указанного на его этикетке и одобренного FDA.

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

- 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
- Лекарства для амбулаторного применения, для которых производитель требует, чтобы сопутствующие тесты или услуги мониторинга проводились только производителем в качестве условия продажи

**Если вы получаете «Дополнительную помощь»** для оплаты рецептов, программа «Дополнительная помощь» не будет оплачивать лекарства, которые обычно не покрываются. Если у вас есть лекарственное покрытие по Medicaid, программа Medicaid вашего штата может покрывать некоторые 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 Как заполнить рецепт

---

Чтобы получить лекарство по рецепту, предоставьте в выбранной вами сетевой аптеке информацию о членстве в нашем плане, указанную на вашей карте участника. Сетевая аптека автоматически выставит счет нашему плану на долю расходов за ваше лекарство. Вам нужно будет выплатить аптеке *свою* долю стоимости, когда будете забирать лекарство по рецепту. Если рецептурное лекарство не покрывается Medicare, но покрывается Medicaid, вам нужно будет предъявить свою карту Oregon Health Plan (Medicaid), чтобы получить это лекарство.

Если у вас нет с собой информации об участии в нашем плане, вы или аптека можете позвонить нашим сотрудникам, чтобы получить 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 **попросить нас возместить вам расходы**. О том, как запросить у плана возмещение расходов, см. в разделе 2 главы 7.

## РАЗДЕЛ 9 Покрытие лекарств по Части D в особых ситуациях

---

### Раздел 9.1 Для лиц, чье пребывание в больнице или учреждении квалифицированного сестринского ухода покрывается нашим планом

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

### Раздел 9.2 Для лиц, живущих в учреждении долгосрочного ухода (LTC)

Обычно учреждение долгосрочного ухода (LTC) (например, дом престарелых) имеет собственную аптеку или пользуется услугами аптеки, котораяставляет лекарства для всех проживающих в нем лиц. 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](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider), чтобы узнать, входит ли в нашу сеть аптека вашего учреждения LTC или та, которой оно пользуется. Если это не так либо если вам нужна дополнительная информация или помощь, позвоните в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711). Если вы находитесь в учреждении LTC, мы должны позаботиться о том, чтобы вы могли регулярно получать свои льготы по Части D через нашу сеть аптек LTC.

Если вы проживаете в учреждении LTC и нуждаетесь в лекарстве, которое не входит в наш Список лекарств или имеет какие-либо ограничения, перейдите к разделу 5.2, чтобы узнать, как получить временный или экстренный запас.

### **Раздел 9.3 Если вы также получаете покрытие лекарств от работодателя или группового плана для пенсионеров**

Если у вас есть другое страховое покрытие на лекарства, предоставляемое вашим работодателем (либо работодателем вашего супруга/супруги или сожителя/сожительницы) или групповым планом для пенсионеров, обратитесь к **администратору льгот этой группы**. Он поможет вам понять, как ваше текущее покрытие 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 платит первым.

### **Специальное примечание о кредитуемом покрытии**

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

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

**Сохраняйте все уведомления о кредитуемом покрытии**, поскольку они могут понадобиться вам позже, чтобы доказать, 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 Если вы находитесь в хосписе, сертифицированном Medicare**

Хоспис и наш план не покрывают одно и то же лекарство одновременно. Если вы находитесь в хосписе Medicare и нуждаетесь в определенных лекарствах (например, средствах против тошноты, слабительных, обезболивающих или успокаивающих препаратах), 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 с ними, 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.

Если вы отмените свой выбор хосписа или выпишитесь из хосписа, наш план будет 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**

---

Мы проводим проверки употребления лекарств, чтобы убедиться в том, что наши участники 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, например:

- Возможные ошибки при приеме 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 прием 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 ее.

### **Раздел 10.1 Программа управления лекарствами (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 Программа управления лекарствами (Drug Management Program, DMP). Если вы используете опиоидные препараты, которые получаете от нескольких назначающих врачей или аптек, либо если у вас недавно была передозировка опиоидов, мы 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 включим вас в программу DMP, ограничения могут быть следующими:

- Вы будете обязаны получать все рецептурные опиоидные или бензодиазепиновые лекарства в определенной аптеке (аптеках)
- Вы будете обязаны получать все рецептурные опиоидные или бензодиазепиновые лекарства у определенного врача (врачей)
- Мы ограничим количество опиоидных или бензодиазепиновых лекарств, которые будем для вас покрывать

Если мы планируем ограничить для вас прием этих лекарств или их количество, то отправим вам письмо заранее. В письме вы узнаете, ограничим ли мы покрытие этих лекарств для вас и должны ли вы будете получать рецепты на эти лекарства только у определенного 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 еще одно письмо, подтверждающее ограничение. Если вы считаете, что мы допустили ошибку, или не согласны с нашим решением или ограничением, вы и ваш назначающий 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 определенные медицинские показания, например активные боли, связанные с раком, или серповидно-клеточная болезнь, или вы получаете хосписную, паллиативную помощь либо услуги по уходу в конце жизни, или живете в учреждении долгосрочного ухода.



## **Раздел 10.2 Программа управления лекарственной терапией (МТМ), помогающая участникам управлять приемом лекарств**

У нас есть программа, которая может помочь нашим участникам со сложными медицинскими потребностями. Это Программа управления лекарственной 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 определенными хроническими заболеваниями и принимающие лекарства, стоимость которых превышает определенную сумму, или состоящие в программе DMP, помогающей им безопасно использовать опиоиды, могут получить услуги по программе МТМ. Если вы подходите для участия в программе, фармацевт или другой медицинский работник проведет 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 приема лекарств. Вы также получите список лекарств, в котором будут указаны все лекарства, которые вы принимаете, их количество, время и причины приема. Кроме того, участники программы МТМ получат информацию о безопасной утилизации рецептурных лекарств, которые относятся к контролируемым веществам.

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

Если у нас есть программа, которая соответствует вашим потребностям, мы автоматически включим вас в нее и отправим вам информацию. Если вы решите отказаться от участия, сообщите нам об этом, и мы исключим вас. Если у вас есть вопросы, связанные с этой программой, обращайтесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

## ГЛАВА 6:

# Сколько вы платите за лекарства по программе Части D

### РАЗДЕЛ 1 Сколько вы платите за лекарства по программе Части D

---

В этой главе мы используем термин «лекарство» для обозначения рецептурного лекарственного средства по программе Части D. Не все лекарства относятся к программе Части D. Некоторые лекарства исключены из программы Части D согласно закону. Некоторые лекарства, исключенные из покрытия Части D, покрываются по программам Medicare Части A или Части B либо по программе Medicaid.

Чтобы понять информацию о платежах, вам нужно знать, какие лекарства покрываются, где получать лекарство по рецептам и какие правила нужно соблюдать при получении покрываемых лекарств. Эти правила объясняются в главе 5. Когда вы используете инструмент Real-Time Benefit Tool нашего плана для поиска покрытия лекарств ([myrxss.com/ProvidenceMA](http://myrxss.com/ProvidenceMA)), стоимость, которую вы видите, отображает приблизительную сумму расходов, которые вы должны будете оплатить из собственных средств. Вы также можете получить информацию, представленную в Real-Time Benefit Tool, обратившись в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

#### Как вы можете получить информацию о стоимости ваших лекарств?

Поскольку вы имеете право на Medicaid, то 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 «Субсидия для малоимущих» (Low Income Subsidy Rider или *LIS Rider*), в которой рассказывается о вашем лекарственном покрытии. Если у вас нет этой брошюры, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) и попросите предоставить вам *LIS Rider*.

**Глава 6 Сколько вы платите за рецептурные лекарства по Части D****Раздел 1.1 Виды дополнительных расходов, которые вы можете понести за покрываемые лекарства**

Есть три вида расходов на лекарства, покрываемых программой Часть D, которые вас могут попросить оплатить из собственных средств.

- **Франшиза** — это сумма, которую вы платите за лекарства до того, как наш план начнет выплачивать свою долю.
- **Совместный платеж** — это фиксированная сумма, которую вы платите каждый раз при получении лекарства по рецепту.
- **Сострахование** — это процент от общей стоимости, который вы платите каждый раз при получении лекарства по рецепту.

**Раздел 1.2 Как Medicare рассчитывает расходы, которые вы оплачиваете из собственных средств**

В Medicare есть правила о том, что засчитывается, а что не засчитывается в ваши расходы из собственных средств. Вот правила, которым мы обязаны следовать, чтобы вести учет ваших расходов из собственных средств.

---

**Эти платежи включаются в ваши расходы из собственных средств**

Ваши расходы из собственных средств **включают** перечисленные ниже платежи (при условии, что они относятся к покрываемым лекарствам по программе Части D и вы соблюдали правила покрытия лекарств, изложенные в главе 5).

- Сумма, которую вы платите за лекарства, находясь на следующих уровнях оплаты лекарств:
  - Уровень первоначального покрытия
- Все платежи, которые вы сделали в текущем календарном году как участник другого плана обеспечения лекарствами Medicare, прежде чем перешли в наш план
- Все платежи за ваши лекарства, оплаченные семьей или друзьями
- Все платежи за ваши лекарства, внесенные за вас программой «Дополнительная помощь» от Medicare, планами медицинского страхования работодателей или профсоюзов, Индейской службой здравоохранения, программами помощи больным СПИДом и большинством благотворительных организаций

**Глава 6 Сколько вы платите за рецептурные лекарства по Части D****Переход на уровень катастрофического покрытия**

Если вы (или лица, платящие за вас) потратили в общей сложности 2 100 долларов собственных средств в течение календарного года, вы переходите с уровня первоначального покрытия на уровень катастрофического покрытия.

---

**Эти платежи не включаются в ваши расходы из собственных средств**

В ваши расходы из собственных средств **не включается** ни один из указанных ниже видов платежей.

- Лекарства, которые вы покупаете за пределами Соединенных Штатов и их территорий
- Лекарства, не покрываемые нашим планом
- Лекарства, приобретенные в несетевой аптеке, за исключением случаев, когда они соответствуют требованиям нашего плана к покрытию при покупке в несетевой аптеке
- Лекарства, не покрываемые по программе Части D, включая рецептурные препараты, покрываемые Частями A или B, и другие препараты, исключенные из покрытия Medicare
- **Платежи за лекарства, которые обычно не покрываются планом лекарственного обеспечения Medicare**
- Платежи за ваши лекарства, произведенные определенными страховыми планами и государственными медицинскими программами, такими как TRICARE и Управление здравоохранения ветеранов (VA)
- Платежи за ваши лекарства, произведенные лицом или организацией, которые по закону обязаны оплачивать расходы на рецептурные препараты (например, компенсация работникам)
- Платежи, произведенные производителями лекарств по Программе скидок от производителя

*Напоминаем:* если какая-либо другая организация, подобная указанным выше, полностью или частично оплачивает ваши расходы на лекарства из собственных средств, вы обязаны уведомить об этом наш план, позвонив в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

---

**Отслеживание ваших расходов из собственных средств**

- Текущая сумма ваших расходов из собственных средств указана в документе «Объяснение льгот по Части D» (Explanation of Benefits, EOB), который вы получаете. Когда эта сумма достигнет 2 100 долл., в документе «Объяснение льгот по Части D» будет сообщение о том, что вы перешли

**Глава 6 Сколько вы платите за рецептурные лекарства по Части D**

с уровня первоначального покрытия на уровень катастрофического покрытия.

- **Проследите за тем, чтобы у нас была необходимая информация.** Перейдите к разделу 3.1, чтобы узнать, как проверить, что имеющаяся у нас информация о ваших расходах, полная и актуальная.

**РАЗДЕЛ 2 Уровни оплаты лекарств для участников Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)**

---

Есть **3 уровня оплаты лекарств** для вашего покрытия лекарств по программе Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Сумма, которую вы платите за каждое рецептурное лекарство, зависит от того, на каком уровне вы находитесь, когда получаете лекарство по рецепту или пополняете его запасы. Подробная информация о каждом уровне приведена в этой главе. Вот эти уровни.

- **Уровень 1: Годовая безусловная франшиза**
- **Уровень 2: Первоначальное покрытие**
- **Уровень 3: Катастрофическое покрытие**

**РАЗДЕЛ 3 В «Объяснении льгот по Части D» показано, на каком уровне оплаты вы находитесь**

---

Наш план отслеживает ваши расходы на рецептурные лекарства и платежи, которые вы делаете, когда получаете лекарства по рецепту в аптеке. Таким образом, мы сможем сообщить вам, когда вы переходите с одного уровня оплаты лекарств на другой. Мы отслеживаем два типа затрат.

- **Расходы из собственных средств** — это общая сумма, которую вы заплатили. Сюда входит сумма, которую вы заплатили при получении покрываемого лекарства Части D, любые платежи за лекарства, сделанные семьей или друзьями, и любые платежи, сделанные за лекарства в рамках «Дополнительной помощи» от Medicare, медицинских планов работодателей или профсоюзов, Индейской службой здравоохранения, программ помощи больным СПИДом, благотворительных организаций и большинства государственных программ фармацевтической помощи (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Общая сумма расходов на лекарства** — это общая сумма всех платежей, сделанных за ваши покрываемые лекарства Части D. Сюда входит то, что оплатил наш 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:

**Глава 6 Сколько вы платите за рецептурные лекарства по Части D**

- **Информацию за этот месяц.** В этом отчете содержатся платежные реквизиты рецептов, по которым вы получили лекарства в течение предыдущего месяца. В нем указаны общие расходы на лекарства, сумма, которую оплатил наш план, и сумма, которую оплатили вы и которая была оплачена от вашего имени.
- **Общие расходы за год с 1 января.** Здесь указаны общие расходы на лекарства и общая сумма выплат за ваши лекарства с начала года.
- **Информация о ценах на лекарства.** Здесь отображается общая стоимость лекарств и информация об изменении цены с момента первого получения одного и того же количества лекарств по каждому рецепту.
- **Доступные недорогие альтернативные рецептурные препараты.** Здесь показана информация о других доступных лекарствах с меньшей стоимостью по распределению расходов для каждого рецепта, если применимо.

**Раздел 3.1 Помогите нам поддерживать актуальность 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 карту участника каждый раз, когда получаете лекарство по рецепту.** Благодаря этому мы будем знать о рецептах, по которым вы получаете лекарства, и о том, сколько вы платите.
- **Проследите за тем, 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 своих чеков. **Вот примеры того, когда вы должны предоставлять нам копии чеков на лекарства.**
  - Если вы покупаете покрываемое лекарство в сетевой аптеке по специальной цене или по дисконтной карте, которая не входит в льготы нашего плана.
  - Если вы оплатили совместный платеж за лекарства, предоставляемые в рамках программы помощи пациентам от производителя лекарств.
  - Все случаи, когда вы покупаете покрываемые лекарства в аптеках, не входящих в сеть, или платите полную цену за покрываемое лекарство при особых обстоятельствах.

**Глава 6 Сколько вы платите за рецептурные лекарства по Части D**

- Если вам выставили счет за покрываемое лекарство, вы можете попросить наш план оплатить нашу часть стоимости. Для получения инструкций по выполнению этих действий см. раздел 2 главы 7.
- **Отправляйте нам информацию о платежах, которые за вас вносили другие люди.** Платежи, сделанные некоторыми другими людьми 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 благотворительными организациями, засчитываются в счет суммы, которую вы оплачиваете из собственных средств. Ведите учет этих платежей и отправляйте их нам, чтобы мы могли отслеживать ваши расходы.
- **Ознакомьтесь с письменным отчетом, который мы вам вышлем.** Когда получите Объяснение льгот по *Части D*, просмотрите его, чтобы убедиться, что информация в нём полная и правильная. Если вы считаете, что чего-то не хватает, или у вас есть вопросы, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711). Обязательно сохраняйте эти отчеты.

**РАЗДЕЛ 4 Для Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) франшиза не предусмотрена**

---

Для Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) франшиза не предусмотрена.

Для Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) франшиза не предусмотрена. Вы попадаете на уровень первоначального покрытия, когда покупаете первое лекарство по рецепту в текущем году. Информация о вашем страховом покрытии на уровне первоначального покрытия приведена в разделе 5.

**РАЗДЕЛ 5 Уровень первоначального покрытия**

---

**Раздел 5.1 Сумма, которую вы заплатите за рецептурное лекарство, зависит от самого лекарства и места, где вы покупаете его**

На уровне первоначального покрытия наш план выплачивает свою долю стоимости покрываемых лекарств, а вы выплачиваете свою долю (сумму совместного платежа). Ваша доля стоимости зависит от препарата и места, где вы покупаете лекарство по рецепту.

## **Ваш выбор аптеки**

Сколько вы платите за лекарство, зависит от того, где именно вы его приобретаете.

- Сетевая розничная аптека.
- Аптека, не входящая в сеть нашего плана. Мы возмещаем расходы на рецептурные лекарства, купленные в аптеках, не входящих в сеть, только в ограниченных случаях. Перейдите к разделу 2.5 главы 5, чтобы узнать, в каких случаях мы будем возмещать расходы на рецептурные лекарства, купленные в несетевой аптеке.
- Почтовая аптека нашего плана.

Для получения дополнительной информации о выборе аптек и получении лекарств по рецепту ознакомьтесь с главой 5 и *Справочником аптек* нашего плана на веб-сайте [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider).

## **Раздел 5.2 Ваши расходы на *месячный* запас покрываемого лекарства**

На уровне первоначального покрытия ваша доля расходов на покрываемое лекарство составляет сумму совместного платежа.

Иногда стоимость лекарства ниже, чем размер вашего совместного платежа. В этих случаях вы платите меньшую цену за лекарство вместо совместного платежа.

## **Ваши расходы на *месячный* запас покрываемого лекарства по части D**



**Глава 6 Сколько вы платите за рецептурные лекарства по Части D**

	<b>Стандартное -распределение расходов в розничных аптеках сети</b>	<b>Распределение расходов для заказов по почте</b>	<b>Распределение расходов при долгосрочном уходе (LTC)</b>	<b>Распределение расходов в аптеках, не входящих в сеть</b>
	<b>(Менее 30-дневного запаса)</b>	<b>(Менее 30-дневного запаса)</b>	<b>(Менее 31-дневного запаса)</b>	<b>(Покрытие ограничивается только определенными ситуациями, подробную информацию см. в главе 5.)</b>
	<b>(Менее 30-дневного запаса)</b>	<b>(Менее 30-дневного запаса)</b>	<b>(Менее 31-дневного запаса)</b>	<b>(Менее 30-дневного запаса)</b>
<b>Распределение расходов</b>	За дженерики вы платите 0 долл., 1,60 долл. или 5,10 долл. совместного платежа за каждое лекарство по рецепту	За дженерики вы платите 0 долл., 1,60 долл. или 5,10 долл. совместного платежа за каждое лекарство по рецепту	За дженерики вы платите 0 долл., 1,60 долл. или 5,10 долл. совместного платежа за каждое лекарство по рецепту	За дженерики вы платите 0 долл., 1,60 долл. или 5,10 долл. совместного платежа за каждое лекарство по рецепту
	За все остальные лекарства вы платите 0 долл., 4,90 долл. или 12,65 долл. совместного платежа за каждое лекарство по рецепту	За все остальные лекарства вы платите 0 долл., 4,90 долл. или 12,65 долл. совместного платежа за каждое лекарство по рецепту	За все остальные лекарства вы платите 0 долл., 4,90 долл. или 12,65 долл. совместного платежа за каждое лекарство по рецепту	За все остальные лекарства вы платите 0 долл., 4,90 долл. или 12,65 долл. совместного платежа за каждое лекарство по рецепту

**Глава 6 Сколько вы платите за рецептурные лекарства по Части D**

Дополнительная информация о распределении расходов на вакцины по Части D приведена в разделе 8.

**Раздел 5.3 Если ваш врач выписал рецепт менее чем на полный месячный запас, вы можете не оплачивать стоимость всего месячного запаса**

Как правило, сумма, которую вы платите за лекарство, покрывает полный месячный запас. Бывают случаи, когда вы или ваш врач хотите получить меньше месячного запаса лекарства (например, когда вы принимаете его впервые). Вы также можете попросить своего врача выписать рецепт, а фармацевта — выдать меньше месячного запаса, если это поможет вам лучше планировать даты пополнения запасов.

Если вы купите менее полного месячного запаса некоторых лекарств, вам не придется платить за полный месячный запас.

- Если вы должны оплатить сострахование, вы платите *процент* от общей стоимости лекарства. Поскольку сострахование рассчитывается исходя из общей стоимости лекарства, ваши расходы будут ниже, так как общая стоимость будет ниже.
- Если вы должны внести совместный платеж за лекарство, вы платите только за определенное количество дней приема лекарства, а не за целый месяц. Мы рассчитываем сумму, которую вы платите в день за лекарство (ежедневный коэффициент распределения расходов), и умножаем ее на количество дней приема препарата.

**Раздел 5.4 Ваши расходы на долгосрочный, до 90-дневного, запас покрываемого лекарства по Части D**

Вы можете получить долгосрочный (также называемый расширенным) запас некоторых лекарств. Долгосрочный запас — это запас лекарства вплоть до 90-дневного.

**Ваши расходы на *долгосрочный* до 90-дневного) запас покрываемого лекарства по части D**

	<b>Стандартное распределение расходов в розничных аптеках (сетевых) (Менее 90 дневного запаса)</b>	<b>Распределение расходов для заказов по почте (Менее 90 дневного запаса)</b>
<b>Распределение расходов</b>	За дженерики вы платите 0 долл., 1,60 долл. или 5,10 долл. совместного платежа за каждое лекарство по рецепту	За дженерики вы платите 0 долл., 1,60 долл. или 5,10 долл. совместного платежа за каждое лекарство по рецепту
	За все остальные лекарства вы платите 0 долл., 4,90 долл. или 12,65 долл. совместного платежа за каждое лекарство по рецепту	За все остальные лекарства вы платите 0 долл., 4,90 долл. или 12,65 долл. совместного платежа за каждое лекарство по рецепту

**Раздел 5.5 Вы остаетесь на уровне первоначального покрытия до тех пор, пока ваши расходы на оплату из собственных средств за год не достигнут 2 100 долл.**

Вы остаетесь на уровне первоначального покрытия до тех пор, пока ваши общие расходы из собственных средств не достигнут 2 100 долл. После этого вы переходите на уровень катастрофического покрытия.

Получаемое вами *Объяснение льгот по Части D* поможет следить за тем, сколько вы, наш план и все третьи стороны потратили от вашего имени в течение года. Не все участники достигают лимита в 2 100 долл. из собственных средств за год.

Мы сообщим вам, если вы достигнете этой суммы. Обратитесь к разделу 1.3, чтобы узнать, как Medicare рассчитывает ваши расходы из собственных средств.

## **РАЗДЕЛ 6    Уровень катастрофического покрытия**

---

На уровне катастрофического покрытия вы ничего не платите за покрываемые лекарства Части D. Вы переходите на уровень катастрофического покрытия, когда ваши расходы из собственных средств достигают предела в 2 100 долл за календарный год. Перейдя на уровень катастрофического покрытия, вы останетесь на этом уровне оплаты до конца календарного года.

- На этом уровне оплаты вы ничего не платите за покрываемые лекарства Части D.

## **РАЗДЕЛ 7    Информация о дополнительных 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.

## **РАЗДЕЛ 8    Сколько вы платите за вакцины по программе Части D**

---

**Важное сообщение о том, сколько вы платите за вакцины.** Некоторые вакцины считаются медицинскими льготами и покрываются в рамках Части B. Другие вакцины считаются лекарствами в рамках Части D. Эти вакцины можно найти в Списке лекарств нашего плана. Наш план покрывает большинство вакцин для взрослых, предусмотренных Частью D, без каких-либо затрат с вашей стороны. Ознакомьтесь со Списком лекарств нашего плана или обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711), чтобы получить подробную информацию о покрытии и стоимости конкретных вакцин.

Наше покрытие вакцин по Части D состоит из двух частей.

- Первая часть — это стоимость **самой вакцины**.
- Вторая часть — это расходы на **введение вакцины**. (Иногда это называют «прививкой».)

**Глава 6 Сколько вы платите за рецептурные лекарства по Части D**

Ваши расходы на вакцину по Части D зависят от трех факторов:

**1. Рекомендована ли вакцина для взрослых организацией под названием Консультативный комитет по практике иммунизации (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**

- Большинство вакцин для взрослых в рамках Части D рекомендованы ACIP, и вы ничего не должны платить за них.

**2. Где вы возьмете вакцину.**

- Саму вакцину вам могут выдать в аптеке или кабинете врача.

**3. Кто введет вам вакцину.**

- Фармацевт или другой медицинский работник может ввести вакцину в аптеке. Или же врач может ввести ее вам у себя в кабинете.

Сумма, которую вы платите в момент получения вакцины по Части D, может меняться в зависимости от обстоятельств и того, на каком **уровне оплаты лекарств** вы находитесь.

- При получении вакцины вам, возможно, придется оплатить всю стоимость как самой вакцины, так и услуг врача, который ее вам введет. Вы можете попросить наш план возместить вам нашу долю расходов. Для большинства вакцин для взрослых по Части D это означает, что вам возместят всю стоимость, которую вы заплатили.
- В других случаях при получении вакцины вы оплачиваете только свою часть расходов в рамках программы Части D. За большинство вакцин для взрослых по Части D вы ничего не будете платить.

Ниже приведены три примера того, как вы можете получить вакцину по Части D.

*Ситуация 1:* Вы получаете вакцину по Части D в сетевой аптеке. (Доступен ли вам такой вариант, зависит от того, где вы живете. В некоторых штатах аптекам не разрешено делать определенные прививки.)

- За большинство вакцин для взрослых по Части D вы ничего не будете платить.
- За другие вакцины по Части D вы платите аптеке совместный платеж за саму вакцину, в который включена и стоимость введения вакцины.
- Наш план выплатит оставшуюся долю расходов.

**Глава 6 Сколько вы платите за рецептурные лекарства по Части D**

**Ситуация 2:** Вы получаете вакцину по Части D в кабинете врача.

- При получении вакцины вам, возможно, придется оплатить всю ее стоимость и стоимость услуг врача, который будет делать вам прививку.
- Затем вы можете попросить наш план выплатить нашу долю расходов, воспользовавшись процедурами, описанными в главе 7.
- За большинство вакцин для взрослых по Части D вам возместят полную сумму, которую вы заплатили. За другие вакцины по Части D вам возместят сумму, которую вы заплатили, за вычетом совместного платежа за вакцину (в том числе расходы на ее введение) и за вычетом разницы между суммой, которую выставил врач, и той, которую мы обычно платим. (Если вы получаете «Дополнительную помощь», мы возместим вам эту разницу.).

**Ситуация 3:** Вы покупаете саму вакцину по Части D в сетевой аптеке и приносите ее в кабинет врача, где вам вводят вакцину.

- За большинство вакцин для взрослых по Части D вы ничего не платите за саму вакцину.
- За другие вакцины по Части D вы платите аптеке сострахование *ИЛИ* совместный платеж за саму вакцину.
- Если вакцину вводит врач, вам, возможно, придется оплатить всю стоимость этой услуги.
- Затем вы можете попросить наш план выплатить нашу долю расходов, воспользовавшись процедурами, описанными в главе 7.
- За большинство вакцин для взрослых по Части D вам возместят полную сумму, которую вы заплатили. За другие вакцины по Части D вам возместят сумму, которую вы заплатили, за вычетом сострахования за введение вакцины и разницы между суммой, которую выставил врач, и той, которую мы обычно платим. (Если вы получаете «Дополнительную помощь», мы возместим вам эту разницу.)

## **ГЛАВА 7:**

# **Как запросить у нас оплату нашей доли счета за покрываемые медицинские услуги или лекарства**

### **РАЗДЕЛ 1 Ситуации, когда вы должны попросить нас выплатить нашу долю за покрываемые услуги или лекарства**

---

Поставщики нашей сети напрямую выставляют счет нашему плану за покрываемые услуги и лекарства. Если вы получили счет на полную стоимость полученного медицинского обслуживания или лекарства, отправьте этот счет нам, чтобы мы могли его оплатить. Когда вы отправите нам счет, мы рассмотрим его и решим, должны ли услуги и лекарства быть покрыты. Если мы решим, что они должны быть покрыты, то 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 получить возмещение от нашего плана, если заплатили больше, чем предполагает ваша доля расходов на медицинские услуги или лекарства, покрываемые нашим планом. Могут быть установлены сроки подачи документов, которые вы должны соблюсти, чтобы получить деньги. См. раздел 2 этой главы. Когда вы отправите нам счет, который уже оплатили, мы рассмотрим его и решим, должны ли услуги или лекарства быть покрыты. Если мы решим, что они должны быть покрыты, то возместим вам стоимость услуг или лекарств.

Также могут возникнуть ситуации, когда поставщик выставит вам счет на полную стоимость полученного вами медицинского обслуживания или на сумму, превышающую вашу долю по распределению расходов. Сначала попробуйте решить этот вопрос с поставщиком. Если это не поможет, отправьте счет нам, вместо того чтобы оплачивать его. Когда вы отправите нам счет, мы рассмотрим его и решим, должны ли услуги быть покрыты. Если мы решим, что они должны быть покрыты, то заплатим непосредственно поставщику. Если мы решим не платить, то сообщим об этом поставщику. Вам никогда не следует платить больше разрешенной планом суммы по распределению расходов. Если с этим поставщиком заключен договор, вы все равно имеете право на лечение.

Примеры ситуаций, в которых вам может понадобиться запросить у нашего плана возврат денег или оплатить полученный вами счет:

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

---

**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 счет нашему плану.
- Если вы сами уплатите всю сумму в момент получения услуг, попросите нас возместить вам расходы. Отправьте нам счет вместе с документами о сделанных вами платежах.
- Вы можете получить от поставщика счет с требованием оплатить то, что, по вашему мнению, вы не должны оплачивать. Отправьте нам этот счет вместе с документами, подтверждающими все сделанные вами платежи.
  - Если поставщику необходимо что-то заплатить, мы заплатим непосредственно ему.
  - Если вы уже заплатили за услугу, мы возместим вам ее стоимость.

**2. Что делать, если сетевой поставщик услуг присылает вам счет, который, по вашему мнению, вы не должны оплачивать**

Поставщики, входящие в сеть, всегда должны выставять счет непосредственно плану. Но иногда они допускают ошибки и просят оплатить услуги вас.

- Если вы получили счет от сетевого поставщика, отправьте его нам. Мы напрямую свяжемся с поставщиком и решим проблему с выставлением счета.
- Если вы уже оплатили счет сетевому поставщику услуг, отправьте нам этот счет вместе с документами о сделанных вами платежах. Попросите нас возместить вам деньги за покрываемые услуги.

**3. Если вас включили в наш план задним числом**

Иногда регистрация в нашем плане может проходить задним числом. (Это означает, что первый день регистрации уже прошел. Дата зачисления могла наступить еще в прошлом году.)

Если вас зачислили в наш план задним числом, а вы оплатили из собственных средств какие-либо покрываемые услуги или лекарства после даты зачисления, вы можете запросить у нас возмещение нашей доли расходов. Для получения возмещения вам необходимо представить такие документы, как квитанции и счета.



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

---

**4. Если 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 придется оплатить полную стоимость лекарства по рецепту.

Сохраните квитанцию и отправьте нам копию, когда будете запрашивать возмещение нашей доли расходов. Помните, что мы покрываем покупки в аптеках, не входящих в сеть, только в ограниченных случаях. Обратитесь к разделу 2.5 главы 5, чтобы узнать подробнее об этих случаях. Мы можем не возместить вам разницу между суммой, которую вы заплатите за лекарство в несетевой аптеке, и стоимостью, которую мы покрыли бы в сетевой.

**5. Если вы оплатили полную стоимость лекарства по рецепту, потому что у вас нет с собой карты участника нашего плана**

Если у вас нет с собой карты участника нашего плана, вы можете попросить аптеку позвонить нам или найти информацию о вашем участии в плане. Если аптека не сможет сразу получить необходимую информацию о вашем участии, вам, возможно, придется оплатить полную стоимость рецепта самостоятельно.

Сохраните квитанцию и отправьте нам копию, когда будете запрашивать возмещение нашей доли расходов. Мы можем не вернуть вам всю оплаченную стоимость, если уплаченная вами наличная цена выше, чем наша договорная цена на рецептурное лекарство.

**6. Когда вы оплачиваете полную стоимость рецепта в других ситуациях**

Возможно, вам придется оплатить 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, придется 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 нашу долю расходов за лекарство. Мы можем не вернуть вам всю оплаченную 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 они должны быть покрыты, мы оплатим свою часть стоимости услуги или лекарства. Если мы отклоним ваш запрос на оплату, вы можете обжаловать наше решение. О том, как подать апелляцию, рассказано в главе 9.

## **РАЗДЕЛ 2 Как обратиться к нам с запросом о возмещении или оплате полученного вами счета**

---

Вы можете попросить нас о возмещении, отправив нам запрос в письменном виде. Если вы отправите письменный запрос, приложите к нему свой счет и документы обо всех сделанных вами платежах. Рекомендуется сделать копию счета 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 заявки, чтобы подать запрос на выплату.

- Вы не обязаны использовать форму, но это поможет нам быстрее обработать информацию.
- Загрузите копию формы с нашего веб-сайта ([www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms)) или обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1 800 603 2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) и попросите выслать вам форму.
- В заявках на рецептурные лекарства указывайте следующее: название аптеки, адрес и номер телефона; номер рецепта; дату обслуживания; название лекарства; национальный код лекарства (NDC); количество и дневной запас; имя поставщика; стоимость/ответственность участника.
- В заявках на медицинские услуги и услуги в области поведенческого здоровья указывайте следующее: имя, адрес и номер телефона поставщика услуг; налоговый идентификатор; дату оказания услуги; диагноз; описание предмета и код процедуры (при наличии); все медицинские записи, относящиеся к услуге; выставленную и уплаченную сумму.

Отправьте запрос на оплату вместе со всеми счетами или оплаченными квитанциями на этот адрес:

<b>Медицинские претензии</b>	<b>Заявления на рецептурные лекарства части D</b>
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 вашу заявку на оплату и ответим «да» или «нет»**

---

После получения вашего запроса 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, а вы следовали всем правилам, мы выплатим свою долю стоимости услуги или лекарства. 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 уплатили (например, если вы купили лекарство в несетевой аптеке или наличная цена, которую вы заплатили за лекарство, выше, чем наша договорная цена). Если вы еще не оплатили услугу или лекарство, мы отправим платеж непосредственно поставщику.
- Если мы решим, что медицинская помощь или лекарство *не* подлежат покрытию, либо вы *не* следовали всем правилам, мы не выплатим свою долю расходов за такую помощь или лекарство. Мы пришлем вам письмо, в котором разъясним причины, по которым мы не отправляем платеж, и ваши права на обжалование этого решения.

### **Раздел 3.1 Если мы сообщим вам, что не будем выплачивать нашу долю стоимости медицинского обслуживания или лекарства, 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 подаете 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.

## **ГЛАВА 8:**

# **Ваши права и обязанности**

### **РАЗДЕЛ 1 Наш план должен уважать ваши права и культурные особенности**

---

#### **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, braille, large print, or other alternate formats, etc.)**

Our 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 our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't 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. We can also give you information in languages other than English including Spanish, Vietnamese, Russian, Chinese (Simplified), Arabic, and Somali and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service at 503-574-8000 or 1 800 603 2340 (TTY users call 711).

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist, or finding a network specialist, 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.

**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, o en otros formatos alternativos, etc.)**

Nuestro 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 todas las personas inscritas, incluidas las 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 nuestro 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, ruso, árabe, chino (simplificado) y somalí. También podemos proporcionarle los materiales en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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 de nuestro plan, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, comuníquese con nuestro 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, consultar con un especialista en salud de las mujeres o encontrar un especialista dentro de la red, llámenos para presentar un reclamo ante el Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (TTY: 711). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando 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, bản in cỡ chữ 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 y tế và phi y tế, được cung cấp một cách phù hợp 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 chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không chỉ gồm việc cung cấp dịch vụ dịch thuật, dịch vụ thông dịch viên, máy điện báo ghi chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại nhấn 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 được cung cấp miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Nga, tiếng Trung (Giản thể), tiếng Ả Rập và tiếng Somali. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu 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 Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711).

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 để 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 không thể tìm được 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 trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị, gặp chuyên gia chăm sóc sức khỏe phụ nữ, hoặc tìm một chuyên gia trong mạng lưới, hãy gọi để nộp khiếu nại với Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (TTY: 711). Quý vị cũng có thể nộp khiếu nại với Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp với Văn phòng Dân Quyền bằng cách gọi 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

**Раздел 1.1. Мы должны предоставлять информацию таким образом, чтобы она была понятна вам и соответствовала вашим культурным особенностям (на других языках, кроме английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах)**

Наш план обязан обеспечить, чтобы все услуги, как клинические, так и неклинические, предоставлялись с учетом 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 наш план может выполнить эти требования доступности, включают, но не ограничиваются предоставлением услуг переводчика, устного переводчика, телетайпа или подключения телетайпа (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, русском, китайском (упрощенном), арабском и сомалийском 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 по номеру 503-574-8000 или 1 800 603 2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

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 несет 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 (телетайп: 711). Вы также можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) или непосредственно в Управление по гражданским правам, позвонив по номеру 1-800-368-1019 или телетайп 1-800-537-7697.

### القسم 1.1 يجب علينا أن نقدم المعلومات بطريقة تناسبك وتتوافق مع حساسياتك الثقافية (بلغات أخرى غير الإنجليزية أو بطريقة برايل أو مكتوبة بحروف كبيرة أو التنسيقات البديلة الأخرى، وما إلى ذلك)

تتطلب خطتنا ضمان أن يتم تقديم جميع الخدمات، سواء كانت سريرية أو غير سريرية، بطريقة تراعي الكفاءة الثقافية وتجعلها في متناول جميع المسجلين، بمن فيهم ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية، ومهارات القراءة المحدودة، وضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ومن الأمثلة على كيفية تلبية خطتنا لمتطلبات إمكانية الوصول، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات الترجمة، أو خدمات المترجمين الفوريين، والمبرقات الكاتبة، أو اتصال TTY (هاتف نصي أو مبرقة كاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات المترجمين الفوريين المجانية المتاحة للإجابة على أسئلة الأعضاء غير الناطقين باللغة الإنجليزية. كما يتوفر هذا المستند مجانًا باللغات الإسبانية والفيتنامية والروسية والصينية (المبسطة) والعربية والصومالية. يمكننا أيضًا أن نقدم لك المواد بطريقة برايل، أو الطباعة بأحرف كبيرة، أو بتنسيقات بديلة أخرى من دون تحمل أي تكلفة إذا كنت في حاجة إلى ذلك. كما أننا مطالبون بأن نقدم إليك معلومات حول فوائد خطتنا بتنسيق يسهل الوصول إليه ومناسب لك. للحصول على معلومات منا بالطريقة المناسبة لك، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 800-574-503 أو 1 800 603 2340 (مستخدمو TTY يتصلون على الرقم 711).

تتطلب خطتنا منح المسجلات خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي صحة المرأة ضمن الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمات في شبكة خطتنا لتخصص معين متاحين، فإن مسؤولية خطتنا تكمن في تحديد مقدمي الخدمات المتخصصين خارج الشبكة الذين سيقدمون إليك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، لن تدفع سوى المبلغ الذي تدفعه عادةً عند استخدام مزودي الخدمة داخل الشبكة. وإذا اكتشفت أنه يتعذر وجود اختصاصيين في شبكة خطتنا لتغطية خدمة تحتاج إليها، فاتصل بخطتنا للحصول على معلومات حول مكان الحصول على هذه الخدمة بالتكلفة نفسها التي تتحملها عند استخدام مزودي الخدمة داخل الشبكة.

إذا واجهتك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق مناسب لك ويمكن الوصول إليه، أو رؤية اختصاصي صحة المرأة، أو العثور على اختصاصي شبكة، فاتصل لتقديم شكوى إلى خدمة العملاء على الرقم 800-574-503 أو 1-800-603-2340 (مستخدمو TTY يتصلون على الرقم 711). يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بـ (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE أو مباشرةً بمكتب الحقوق المدنية من خلال الاتصال بـ 1-800-368-1019 أو الاتصال بـ 1-800-537-7697 بالنسبة إلى مستخدمي TTY.

第 1.1 部分 我们必须以符合您需求且尊重您文化敏感性的方式提供信息（包括以英语以外的语言、盲文、大字体或其他替代格式等）。

我们的计划旨在确保所有服务（包括临床和非临床服务）均以符合文化背景的方式提供，并且方便于所有参保人，包括英语能力有限者、阅读能力有限者、听力障碍者，以及具有多元文化和种族背景的人群。本计划满足这些无障碍要求的方式，包括但不限于提供翻译服务、口译服务、电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）沟通服务。



非英语母语的会员在使用本计划服务时如果遇到疑问，可借助我们提供的免费口译服务获得解答。本文件可免费供西班牙语、越南语、俄语、简体中文、阿拉伯语和索马里语版本。如果您需要，我们还可以免费为您提供盲文、大字体或其他替代格式的材料。我们必须以方便您且适合您的方式向您提供有关计划福利的信息。如需以符合您需求的方式从我们这里获取信息，请拨打 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）联系客户服务部。

我们的计划必须为女性参保人提供专属选择，使她们能够直接联系网络内的女性健康专科医生，获取女性常规及预防健康护理服务。

如果本计划网络内某专科的医疗服务提供者无法提供服务，本计划有责任为您寻找网络外的专科医疗服务提供者，以确保您获得必要的护理。在这种情况下，您只需支付网络内的分担费用。如果您发现，在我们计划的网络内没有专科医生可提供所需服务，请致电我们的计划，了解如何以网络内费用分担的方式获得该服务。

如果您遇到任何困难，包括以方便您且适合您的方式获取本计划信息、看女性健康专科医生，以及寻找网络内专科医生，请致电客户服务部提交投诉：503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY：711）。您也可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投诉，或直接拨打 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697，联系公民权利办公室。

**Qaybta 1.1 Waa inaan ku siino macluumaadka qaab adiga kugu habboon oo waafaqsan fahamka dhaqankaaga (luqadaha aan ka ahayn Ingiriisiga, qoraalka braille, daabac weyn, ama qaabab kale oo kala duwan, iwm.)**

Qorshaheenu wuxuu u baahan yahay inaan hubinno in dhammaan adeegyada, oo ay ku jiraan kuwa klinikal iyo kuwa aan klinikal ahayn labadaba, loo bixiyo hab dhaqan ahaan ku habboon oo ay heli karaan dhammaan dadka isdiiwaangashan, oo ay ku jiraan dadka leh aqoonta luqadda Ingiriisiga oo xaddidan, xirfadaha akhriska oo xaddidan, naafo maqal ah, ama dadka leh dhaqamo kala duwan iyo asal qowmiyadeed. Tusaalooyinka sida qorshahayagu u buuxin karo shuruudaha helitaanka waxa ka mid ah, laakiin aan ku xaddidnayn, bixinta adeegyada turjubaanka, adeegyada tarjumaanka, qalabka qoraalka ee maqalka, ama xiriirka TTY (taleefan qoraal ah ama qalabka farriimaha qoraalka ah).

Qorshahayagu waxa uu leeyahay adeegyo turjubaan oo bilaash ah oo diyaar u ah si looga jawaabo su'aalaha la waydiiyo xubnaha aan ku hadlin luqadda Ingiriisiga. Dukumeentigan waxaa lagu heli karaa lacag la'aan ah luqadaha Isbaanishka, Fiyatnaamiis, Ruushka, Shiine (La fududeeyay), Carabiga, iyo Soomaaliga. Waxaan sidoo kale ku siin karnaa agab qoraalka braille, daabac weyn, ama qaabab kale oo kala duwan lacag la'aan haddii aad u baahan tahay. Waxaan u baahannahay inaan ku siino macluumaadka ku saabsan faa'iidooyinka qorshahayaga qaab ku fudud in la fahmo oo kugu habboon. Si aad macluumaad nooga hesho qaab kugu habboon, fadlan ka wac Adeegga Macaamiisha lambarka 503-574-8000 ama 1 800 603 2340 (Isticmaalayaasha TTY wac 711).

Qorsheheenu wuxuu u baahan yahay inaan siino qof dumar ah ee isdiiwaangashan ikhtiyaarka helitaanka tooska ah ee dhakhtar takhasus leh caafimaad haween ka tirsan gudaha shabakadda si ay u helaan adeegyada daryeelka caafimaadka ee joogtada ah iyo ka hortagga haweenka.

Haddii bixiyeyaasha ee ku jira shabakadda qorshaheenu aan la heli karin, waxaa mas'uuliyadda qorshaheena inaan helno bixiyeyaal takhasus leh oo ka baxsan shabakadda kuwaas oo ku siin doona daryeelka lagama maarmaanka ah. Xaaladdan, waxaad bixin doontaa oo keliya kharashka-wadaagga shabakadda gudaha. Haddii aad isku aragto xaalad aysan jirin dhakhaatiir takhasus leh oo ku jira shabakada qorshahayaga oo daboolaya adeegga aad u baahan tahay, wac qorshahayaga macluumaadka ku saabsan halka aad u tagto si aad u hesho adeeggan kharashka-wadaagga shabakada gudaha.

Haddii aad haysato wax dhibaato ah oo ku saabsan helitaanka macluumaadka qorshahayaga qaab la heli oo kugu habboon, la kulanka dhakhtar takhasus leh caafimaad haween ka tirsan, ama helitaanka takhasuska shabakadda, wac Adeegga Macaamiisha si aad cabasho u gudbiso lambarka 503-574-8000 ama 1-800-603-2340 (TTY: 711). Waxaad sidoo kale cabasho u gudbin kartaa Medicare adigoo wacaya 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ama si toos ah ula xiriiri kara Xafiiska Xuquuqda Madaniga ah (Office for Civil Rights) adigoo wacaya 1-800-368-1019 ama 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 нашего плана для предоставления и организации покрываемых услуг. Мы не требуем, чтобы вы получали направления для обращения к сетевым поставщикам услуг

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 обязаны защищать 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 *Уведомление о практике конфиденциальности* в письменном виде, 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.
- 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*, за исключением обстоятельств, указанных ниже.
- Существуют определенные 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 медицинского 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 основном требуется, чтобы не передавалась информация, идентифицирующая вашу личность.

**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 по номеру 503-574-8000 или 1 800 603 2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

Полный объем нашей практики конфиденциальности описан в нашем Уведомлении о практике конфиденциальности, которое можно найти на сайте [www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices](http://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, размещенным на сайте [www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices).

**Раздел 1.4 Мы должны предоставить вам информацию о нашем плане, 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 нужны какие-либо из перечисленных ниже видов информации, позвоните в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1 800 603 2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

- **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 медицинских услугах. Главы 5 и 6 содержат информацию о страховом покрытии 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 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. Ваши права, которые помогут вам вместе с врачами принять решение о том, какое лечение лучше для вас, описаны ниже.

- **Ознакомление со всеми вариантами.** Вы имеете право получить информацию обо всех вариантах лечения, рекомендованных для вашего заболевания, независимо от того, сколько они стоят и покрываются ли нашим планом. Это также касается ознакомления с программами, которые предлагает наш план, чтобы помочь участникам управлять приемом лекарств и безопасно их использовать.
- **Осведомленность 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».** У вас есть право отказаться от любого рекомендованного лечения. Это касается права покинуть больницу или другое медицинское учреждение, даже если ваш врач советует вам не покидать его. Вы также имеете право прекратить прием лекарств. Если вы отказываетесь от лечения или прекращаете прием 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 будете не в состоянии самостоятельно принимать медицинские решения**

Иногда люди становятся неспособными самостоятельно принимать решения о медицинском обслуживании из-за несчастных случаев или серьезных заболеваний. У вас есть право дать распоряжение о том, что должно произойти, 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**. Документы, называемые **прижизненным завещанием** и **доверенностью на медицинское обслуживание**, являются примерами предварительных распоряжений.

## **Как составить предварительное распоряжение, чтобы дать указания?**

- **Получите стандартную 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.
- **Заполните эту форму и подпишите ее.** Независимо от того, где вы получили форму, она является юридическим документом. Вы можете обратиться к юристу за помощью в ее заполнении.
- **Раздайте копии заполненной формы людям, которым она понадобится.** Дайте копию формы своему врачу и лицу, которое вы укажете в форме и которое сможет принимать за вас решения, когда вы не сможете. Возможно, вы захотите дать копии близким друзьям или членам семьи. Храните одну 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 с собой.

**Глава 8 Ваши права и обязанности**

---

- В больнице имеются соответствующие бланки, и если вы еще не подписали форму предварительного распоряжения, вас спросят, хотите ли вы подписать такую форму.

**Решение заполнить предварительное распоряжение можете принять только вы** (включая решение о его подписании, когда вы находитесь в больнице). Согласно закону, никто не может отказать вам в медицинской помощи или дискриминировать вас на основании того, подписали вы предварительное распоряжение или нет.

**Если ваши указания не выполняются**

Если вы подписали предварительное распоряжение и считаете, что врач или больница не выполнили содержащиеся в нем указания, вы можете подать жалобу, воспользовавшись контактной информацией ниже.

Oregon Health Authority  
Health Care Regulation and Quality Improvement  
800 NE Oregon Street, Suite 465  
Portland, OR 97232  
Телефон: 971-673-0540  
ТЕЛЕТАЙП: 711  
Факс: 971-673-0556  
Эл. почта: [mailbox.hclrc@odhsoha.oregon.gov](mailto:mailbox.hclrc@odhsoha.oregon.gov)

**Раздел 1.6 Вы имеете право подавать жалобы и просить нас пересмотреть принятые решения**

Если у вас возникли проблемы, сомнения или жалобы и вам нужно попросить страховое покрытие или подать апелляцию, в главе 9 этого документа приводятся разъяснения того, 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 делать, если вы считаете, что с вами обращаются несправедливо или ваши права не соблюдаются**

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 (телетайп 1-800-537-7697) или позвонить в местное Управление по гражданским правам.

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:

- **Обратитесь в службу поддержки клиентов нашего плана по номеру 503-574-8000 или 1 800 603 2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711)**
- **Позвоните в местную службу Государственной программы помощи по медицинскому страхованию (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) по номеру 1-800-722-4134**
- **Обратитесь в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048)**

### **Раздел 1.8 Как получить дополнительную информацию о ваших правах**

Чтобы получить дополнительную информацию о своих правах, воспользуйтесь контактной информацией ниже.

- **Обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).**
- **Позвоните в местную службу Государственной программы помощи по медицинскому страхованию (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) по номеру 1-800-722-4134**
- **Чтобы связаться с Medicare:**
  - Посетите веб-сайт [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov), чтобы ознакомиться с публикацией «*Права и защита Medicare*» (доступна по адресу [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf))
  - Звоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048)

## **РАЗДЕЛ 2 Ваши обязанности как участника нашего плана**

---

Ниже перечислены действия, которые вам необходимо предпринять в качестве участника нашего плана. Если у вас возникнут вопросы, обращайтесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).



- **Ознакомьтесь с покрываемыми услугами и правилами, которым вы должны следовать для получения этих покрываемых услуг.**  
Воспользуйтесь этим «Справочником 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 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 другое медицинское покрытие или покрытие на рецептурные лекарства, вы обязаны сообщить нам об этом.** В главе 1 рассказано о том, как координируются эти льготы.
- **Сообщите своему врачу и другим поставщикам медицинских услуг, что вы являетесь участником нашего плана.** Предъявляйте карту участника плана и карту Medicaid при получении медицинского обслуживания или рецептурных лекарств по Части D.
- **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 вежливы.** 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.
- **Оплачивайте то, что должны.** Как участник плана, вы несете ответственность за указанные ниже платежи.
  - Вы должны продолжать платить страховые взносы в Medicare, чтобы оставаться участником нашего плана (если только эти взносы не оплачиваются за вас по программе Medicaid).
  - Вы должны оплачивать свою часть стоимости при получении большинства лекарств, покрываемых нашим планом.

**Глава 8 Ваши права и обязанности**

---

- 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 этого плана.
- Если вы переезжаете, сообщите об этом в Службу социального обеспечения или в Совет по делам пенсионеров-железнодорожников (Railroad Retirement Board).

## ГЛАВА 9:

# Если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)

### РАЗДЕЛ 1 Что делать, если у вас возникли проблемы или сомнения

---

В этой главе описаны процессы решения проблем и устранения сомнений. Процесс, который вы используете для решения своей проблемы, зависит от 2 вещей.

1. Касается ли ваша проблема льгот, покрываемых **Medicare** или **Medicaid**. Если вам нужна помощь в принятии решения о том, воспользоваться ли процессом Medicare, процессом Medicaid или обоими процессами, позвоните в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).
2. Тип 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** (который также называется предъявлением претензии).

Оба процесса были одобрены Medicare. Каждый процесс имеет ряд правил, процедур и сроков, которые должны соблюдаться как нами, так и вами.

Информация в этом разделе поможет вам определить, какой процесс следует использовать и что для этого нужно сделать.

## **Раздел 1.1 Юридические термины**

В этой главе приведены некоторые юридические термины, обозначающие правила, процедуры и виды сроков. Многие из этих терминов незнакомы большинству людей. Чтобы упростить восприятие, в этой главе вместо некоторых юридических понятий используются более привычные слова.

Однако иногда важно знать правильные юридические термины. Чтобы помочь вам понять, какие понятия следует использовать для получения необходимой вам помощи или информации, мы используем эти юридические термины, когда рассказываем о том, как действовать в конкретных ситуациях.

## **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. Вам следует всегда обращаться за помощью в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711). В некоторых ситуациях вам может понадобиться помощь или руководство от человека, который не связан с нами. Вот две организации, которые могут 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 вопросы, предоставить дополнительную информацию и подсказать, что делать.

Услуги консультантов SHIP бесплатны. В штате Орегон программа SHIP носит название «Помощь в получении льгот по медицинскому страхованию для пожилых людей» (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA). Звоните в SHIBA по номеру 1-800-722-4134 или посетите сайт [www.shiba.oregon.gov](http://www.shiba.oregon.gov).

### **Medicare**

Вы также можете обратиться за помощью в Medicare.

- Вы можете звонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Посетите сайт [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)

### **Вы можете получить помощь и информацию от Medicaid**

<b>Метод</b>	<b>Контактная информация Oregon Health Plan (Medicaid)</b>
<b>ЗВОНОК</b>	1-800-273-0557 Звонки на этот номер бесплатные. Время работы: с 08:00 до 17:00 (тихоокеанское время).
<b>ТЕЛЕТАЙП</b>	711
<b>ПИСЬМО</b>	Oregon Health Plan (OHP) PO Box 14015 Salem, OR 97309
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<a href="http://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/help.aspx">www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/help.aspx</a>

### **РАЗДЕЛ 3 Каким процессом воспользоваться для решения вашей проблемы**

---

Поскольку у вас есть Medicare и вы получаете помощь от Oregon Health Plan (Medicaid), у вас есть разные процессы для рассмотрения проблем и жалоб. Выбор используемого процесса зависит от того, каких льгот касается проблема: льгот Medicare или льгот Oregon Health Plan (Medicaid). Если ваша проблема связана со льготой, покрываемой Medicare, воспользуйтесь процессом Medicare. Если ваша проблема связана со льготой, покрываемой Oregon Health Plan (Medicaid), воспользуйтесь процессом Oregon Health Plan (Medicaid). Если вам нужна помощь в принятии решения о том, каким процессом воспользоваться, Medicare или Oregon Health Plan (Medicaid), позвоните в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

Процесс Medicare и процесс Oregon Health Plan (Medicaid) описаны в разных частях этой главы. Чтобы узнать, какую часть вам следует прочесть, воспользуйтесь приведенной ниже таблицей.

---

**Ваша проблема связана со льготами Medicare или льготами Medicaid?**

Моя проблема связана со льготами **Medicare**.

Перейдите к **разделу 4 «Решение проблем, связанных с вашими льготами Medicare»**.

Моя проблема связана со льготами **Medicaid**.

Перейдите в **раздел 12 «Решение проблем, связанных с вашими льготами Medicaid»**.

---

**РАЗДЕЛ 4    Решение проблем, связанных с вашими льготами Medicare**

---

**Ваша проблема или сомнения связаны с вашими льготами или покрытием?**

Это касается проблем, связанных с тем, покрывается или нет медицинское обслуживание (медицинские товары, услуги и/или лекарства Части В) и как оно покрывается, а также проблем, связанных с оплатой медицинского обслуживания.

**Да.**

Перейдите к **разделу 5 «Руководство по принятию решений о страховом покрытии и апелляциям»**.

**Нет.**

Перейдите в **раздел 11 «Как подать жалобу на качество медицинского обслуживания, время ожидания, службу поддержки клиентов или другие проблемы»**.

---

---

## **Принятие решений о страховом покрытии и апелляциям**

---

### **РАЗДЕЛ 5 Руководство по принятию решений о страховом покрытии и апелляциям**

---

Решения о покрытии и апелляции касаются проблем, связанных с вашими льготами и покрытием медицинского обслуживания (услуги, предметы и 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 что-либо или нет, а также о том, каким образом это покрывается.

#### **Просьба принять решение о страховом покрытии до получения услуг**

Если вы хотите узнать, будем ли мы покрывать медицинскую помощь до того, как вы ее получите, вы можете попросить нас принять для вас решение о покрытии. 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 услуге этого медицинского специалиста, или если в *Справочнике страхователя* не будет четко 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 определенную медицинскую услугу, или отказывается предоставить медицинскую помощь, которая, по вашему мнению, вам необходима.

В редких случаях запрос на решение о страховом покрытии будет отклонен, что означает, что мы не будем рассматривать этот запрос. Запрос может быть отклонен, например, если он неполный, если кто-то подает запрос от вашего имени, но не имеет на это законных полномочий либо если вы просите отозвать свой запрос. Если мы отклоним запрос на решение о страховом покрытии, мы отправим уведомление, в котором объясним, почему запрос был отклонен и как подать запрос на пересмотр решения об отклонении.

Мы принимаем решение о страховом покрытии 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 для вас. Если вы не согласны с таким решением о страховом покрытии, можете подать апелляцию.

## Подача апелляции

Если мы принимаем решение о страховом покрытии, будь то до или после получения вами льгот, и вы не удовлетворены, можете **подать апелляцию** на это решение. Апелляция — это официальный способ попросить нас пересмотреть и изменить принятое нами решение о страховом покрытии. В определенных случаях вы можете запросить ускоренную или **быструю апелляцию** решения по страховому покрытию. 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 убедиться, 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 отклонен, что означает, что мы не будем рассматривать этот запрос. Запрос может быть отклонен, например, если он неполный, если кто-то подает запрос от вашего имени, но не имеет на это законных полномочий либо если вы просите отозвать свой запрос. Если мы отклоним запрос на апелляцию 1-го уровня, то отправим уведомление, в котором объясним, почему запрос был отклонен и как подать запрос на пересмотр отклонения.

Если мы полностью или частично откажем вашей апелляции 1-го уровня на медицинское обслуживание, она автоматически перейдет 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 не полностью согласны с вашей апелляцией 1-го уровня.
- Перейдите к **Разделу 6.4** для получения дополнительной информации об апелляциях 2-го уровня на медицинское обслуживание.
- Апелляции по Части D рассматриваются в разделе 7.

Если вы не удовлетворены решением, принятым на 2-м уровне апелляции, вы можете продолжить рассмотрение апелляции на других уровнях (в этой главе описаны процессы подачи апелляций на уровнях 3, 4 и 5).



## **Раздел 5.1 Получение помощи в подаче запроса на решение о страховом покрытии или апелляции**

Эти ресурсы помогут вам, если вы решите запросить какое-либо решение о страховом покрытии или подать апелляцию на решение.

- **Обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).**
- **Получите 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](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) или на нашем сайте по адресу [www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms](http://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 лекарств Части D ваш врач или другое назначающее лицо 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.
- **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 вашим представителем стал друг, родственник или другой человек, позвоните в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) и попросите *форму «Назначение представителя»*. (Форму также можно найти на сайте Medicare по адресу [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) или на нашем сайте по адресу [www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms).) Эта форма дает 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.

**Глава 9 Если у вас возникли проблемы или жалобы (решения о покрытии, апелляции, жалобы)**

---

- Мы можем принять запрос на апелляцию от представителя без формы, но мы не можем завершить рассмотрение, пока не получим ее. Если мы не получим форму до истечения срока принятия решения по вашей апелляции, ваш запрос будет отклонен. Если это произойдет, 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 его имя в местной коллегии адвокатов или другой справочной службе. Существуют 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 5.2 Правила и сроки для различных ситуаций**

Существует 4 различные ситуации, связанные с решениями о страховом покрытии и апелляциями. В каждой ситуации действуют свои правила и сроки. Мы приводим подробную информацию по каждой из этих ситуаций.

- **РАЗДЕЛ 6** Медицинское обслуживание: как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию
- **РАЗДЕЛ 7** Лекарства Части D: как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию
- **РАЗДЕЛ 8** Как запросить более длительное пребывание в стационаре, если вы считаете, что вас выписывают слишком рано
- **РАЗДЕЛ 9** Как попросить нас продолжить покрытие определенных медицинских услуг, если вы считаете, что ваше покрытие заканчивается слишком рано (*применимо только к следующим услугам*: медицинское обслуживание на дому, услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода и услуги комплексного амбулаторного реабилитационного учреждения (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF))

Если вы не уверены, какая информация касается вас, обратитесь в службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711). Вы также можете получить помощь или информацию в своем отделении SHIP.

## **РАЗДЕЛ 6 Медицинское обслуживание: как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию**

---

### **Раздел 6.1 Что делать, если у вас возникли проблемы с получением страхового покрытия на медицинское обслуживание или вы хотите, чтобы мы вернули вам деньги за лечение**

Ваши льготы на медицинское обслуживание описаны в главе 4 в Таблице медицинских льгот. В некоторых случаях к запросу на лекарство Части В применяются различные правила. В этих случаях мы объясним, чем правила для лекарств Части В отличаются от правил для медицинских товаров и услуг.

В этом разделе рассказывается, что делать, если вы попали в любую из следующих 5 ситуаций:

1. Вы не получаете определенного медицинского обслуживания, которое хотите, но считаете, что наш план покрывает это обслуживание. **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 наш план покрывает это обслуживание. **Запросите решение о страховом покрытии. Раздел 6.2.**
3. Вы получили медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, должен покрывать наш план, но мы отказываемся оплачивать это обслуживание. **Подайте апелляцию. Раздел 6.3.**
4. Вы получили и оплатили медицинское обслуживание, которое, по вашему мнению, должен покрывать наш план, и хотите попросить наш план возместить вам расходы на это обслуживание. **Отправьте нам счет. Раздел 6.5.**
5. Вам говорят, что покрытие определенного 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), перейдите к разделам 8 и 9. К этим видам обслуживания применяются особые правила.

## **Раздел 6.2 Как запросить решение о страховом покрытии**

### **Юридические термины**

Решение о страховом покрытии, которое касается вашего медицинского обслуживания, 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 7 календарных дней, если на медицинский товар или услугу распространяются наши правила предварительного разрешения, 14 календарных дней для всех остальных товаров и услуг 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.**

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, то отправим вам письмо.

- В нем будет указано, что мы будем использовать стандартные сроки.
- Если ваш врач запросит принять быстрое решение о покрытии, мы автоматически предоставим вам быстрое решение о покрытии.
- Вы можете подать быструю жалобу на наш отказ предоставить быстрое решение о покрытии, о котором вы просили.

**Шаг 2: попросите наш план принять решение о страховом покрытии или ускорить принятие решения о страховом покрытии.**

- Позвоните, напишите или отправьте нам по факсу запрос, чтобы наш план разрешил или обеспечил 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 ответим вам в течение **7 календарных дней** после получения вашего запроса на медицинские товары или услуги, подпадающие под наши правила предварительного разрешения. Если запрашиваемый вами медицинский товар или услуга не подпадают под наши правила предварительного разрешения, мы ответим вам в течение **14 календарных дней** после получения вашего запроса. Если ваш запрос касается лекарства по Части В, мы ответим вам 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 лекарства по Части В.
- Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, вы можете подать быструю жалобу. Мы ответим на вашу жалобу, как только примем решение. (Процесс подачи жалобы отличается от процесса принятия решений о покрытии и подачи апелляций. Информацию о жалобах см. 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 лекарства по Части В, 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 лекарства по Части В.
- Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, вы можете подать быструю жалобу. (Информацию о жалобах см. в разделе 11.) Мы позвоним вам, как только примем решение.
- Если мы ответим «нет» на весь запрос или его часть, то отправим вам письменное уведомление, в котором объясним причину нашего отказа.

**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 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 подается в течение 30 календарных дней или 7 календарных дней для лекарств Части В. Быстрая апелляция обычно подается в течение 72 часов.**

- Если вы подаете апелляцию на принятое нами решение о покрытии услуг, вы и/или ваш врач должны решить, нужна ли вам быстрая апелляция. Если ваш врач сообщит нам, что состояние вашего здоровья 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 подаете стандартную апелляцию, подайте ее в письменном виде.** Контактная информация приведена в главе 2.
- **Если вы запрашиваете быструю апелляцию, подайте ее в письменном виде или позвоните нам.** Контактная информация приведена в главе 2.
- **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 ее подавать. Мы можем дать вам больше времени на подачу апелляции. Примерами уважительной причины могут быть серьезная болезнь, из-за которой вы не смогли связаться с нами, либо неверная или неполная информация о крайнем сроке подачи апелляции, предоставленная нами.

- **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, то внимательно изучаем всю информацию. Мы проверяем, соблюдались ли все правила, когда мы отказали вам в удовлетворении вашего запроса.
- При необходимости мы соберем дополнительную информацию и 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 ответим вам раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - Если вы попросите больше времени или нам понадобится дополнительная информация, которая может быть полезной для вас, мы **можем выделить еще до 14 календарных дней** для запроса, касающегося медицинского товара или услуги. Если нам потребуются дополнительные дни, мы сообщим вам об этом в письменной форме. Мы не можем выделить дополнительное время, если ваш запрос касается лекарства по Части В.
  - 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 согласились предоставить, в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- **Если мы ответим «нет» на весь запрос или его часть**, то отправим вам письменное уведомление и автоматически передадим вашу апелляцию независимой экспертной организации для апелляции 2-го уровня. Независимая экспертная организация уведомит вас в письменном виде о получении вашей апелляции.

### **Сроки подачи стандартной апелляции**

- Для стандартных апелляций мы должны предоставить ответ **в течение 30 календарных дней** после получения вашей апелляции. Если ваш запрос касается лекарства по Части В, которое вы еще не получили, мы ответим **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 нам понадобится дополнительная информация, которая может быть полезной для вас, **мы можем выделить еще до 14 календарных дней** для запроса, касающегося медицинского товара или услуги. Если нам потребуются дополнительные дни, мы сообщим вам об этом в письменной форме. Мы не можем потратить дополнительное время на принятие решения, если ваш запрос касается лекарства по Части В.
  - Если вы считаете, что мы *не должны* использовать дополнительные дни, вы можете подать быструю жалобу. Если вы подадите быструю жалобу, мы ответим на нее в течение 24 часов. (Информацию о жалобах см. в разделе 11.)
  - Если мы не ответим в установленный срок (или по истечении продленного периода времени), то направим ваш запрос на апелляцию 2-го уровня, где его рассмотрит независимая экспертная организация. 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 в течение 30 календарных дней для запроса, касающегося медицинского товара или услуги, или **в течение 7 календарных дней** для запроса, касающегося лекарства по Части В.
- Если наш план ответит «нет» на всю апелляцию или **ее часть**, мы автоматически отправим вашу апелляцию независимой экспертной организации для апелляции 2-го уровня.

### **Раздел 6.4 Процесс подачи апелляции 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 ее работу.

**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 представить независимой экспертной организации дополнительную информацию в поддержку своей апелляции.
- Специалисты независимой экспертной организации внимательно изучат всю информацию по вашей апелляции.

***Если у вас была быстрая апелляция 1-го уровня, на 2-м уровне у вас также будет быстрая апелляция.***

- При быстрой апелляции независимая экспертная организация должна ответить на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 72 часов** с момента ее получения.
- Если ваш запрос касается медицинского товара или услуги и независимой экспертной организации необходимо собрать дополнительную информацию, которая может принести вам пользу, **это может занять еще до 14 календарных дней**. Независимая экспертная организация не может потратить дополнительное время на принятие решения, если ваш запрос касается лекарства Части В Medicare.

***Если у вас была стандартная апелляция 1-го уровня, на 2-м уровне у вас также будет стандартная апелляция.***

- В случае стандартной апелляции, если ваш запрос касается медицинского товара или услуги, независимая экспертная организация должна ответить на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 30 календарных дней** с момента ее получения.
- Если ваш запрос касается лекарства по Части В Medicare, независимая экспертная организация должна ответить на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 7 календарных дней** с момента ее получения.
- Если ваш запрос касается медицинского товара или услуги и независимой экспертной организации необходимо собрать дополнительную информацию, которая может принести вам пользу, **это может занять еще до 14 календарных дней**. Независимая экспертная организация не может потратить дополнительное время на принятие решения, если ваш запрос касается лекарства Части В Medicare.

## **Шаг 2: независимая экспертная организация предоставляет вам свой ответ.**

Независимая экспертная организация сообщит вам о своем решении в письменном виде и объяснит его причины.

- **Если независимая экспертная организация отвечает «да» на часть запроса или на весь запрос, касающийся медицинского товара или услуги**, мы должны разрешить покрытие медицинского обслуживания в течение **72 часов** или предоставить услугу в течение 14 календарных дней после получения решения от независимой экспертной организации для **стандартных запросов**. Для **ускоренных запросов** у нас есть **72 часа** с даты получения решения от независимой экспертной организации.
- **Если независимая экспертная организация отвечает «да» на часть запроса или на весь запрос, касающийся лекарства Части В**, мы должны разрешить или предоставить лекарство Части В в течение **72 часов** после получения решения независимой экспертной организации для **стандартных запросов**. Для **ускоренных запросов** у нас есть **24 часа** с даты получения решения от независимой экспертной организации.
- **Если независимая экспертная организация отказывает в удовлетворении части или всей вашей апелляции**, это означает, что она согласна с нашим решением о том, что ваш запрос (или часть вашего запроса) на покрытие медицинского обслуживания не должен быть удовлетворен. (Также можно сказать, что она **оставляет решение в силе** или **отклоняет вашу апелляцию**.) В этом случае независимая экспертная организация направит вам письмо.
  - В нем она объяснит свое решение.
  - Сообщит о вашем праве на апелляцию 3-го уровня, если долларовая стоимость запрашиваемого вами покрытия медицинского обслуживания соответствует определенному 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.
  - Объяснит, 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 еще 3 дополнительных уровня (всего 5 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 описаны процессы подачи апелляций на уровнях 3, 4 и 5.

### **Раздел 6.5 Если вы просите нас вернуть вам деньги за счет, полученный 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. **Не оплачивайте счет самостоятельно.** Мы напрямую свяжемся с поставщиком и решим проблему. Если вы все-таки оплатили счет, вы можете получить возмещение от этого поставщика медицинских услуг, если 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. Мы также проверим, соблюдали ли вы правила использования страхового покрытия для получения медицинской помощи.

- **Если мы ответим «да» на ваш запрос.** Если медицинское обслуживание покрывается и вы соблюдали 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 платеж непосредственно поставщику.
- **Если мы ответим «нет» на ваш запрос.** Если медицинское обслуживание не покрывается или вы не соблюдали все правила, мы не оплатим расходы. 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.** Подача апелляции 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, изложенному в разделе 6.3.** При подаче апелляций по поводу возмещения расходов обратите внимание на следующее.

- Мы должны ответить вам 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 Лекарства части D: как запросить решение о страховом покрытии или подать апелляцию**

---

**Раздел 7.1** В этом разделе рассказывается, что делать, если у вас возникли проблемы с получением лекарства по Части D или вы хотите, чтобы мы вернули вам деньги за лекарство по Части D

Ваши льготы включают покрытие многих рецептурных лекарств. Чтобы попасть под покрытие, лекарство должно использоваться по медицинским показаниям. (Более подробную информацию о медицинских показаниях см. в главе 5.) Для получения подробной информации о лекарствах Части D, правилах, ограничениях и расходах см. главы 5 и 6. **Этот раздел посвящен 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 и 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 лекарства по Части D, которого нет в Списке лекарств плана. **Попросите сделать исключение. Раздел 7.2**
- Запрашиваете отменить ограничения на покрытие лекарства нашим 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**
- 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.

В этом разделе рассказывается о том, как запрашивать решения о страховом покрытии и как подавать апелляцию.

## **Раздел 7.2    Запрос на исключение**

### **Юридические термины**

Запрос на покрытие лекарства, которое не входит в Список лекарств, называется **формулярным исключением**.

Запрос на снятие ограничения на покрытие лекарства называется **формулярным исключением**.

Запрос на снижение цены на покрываемое лекарство, не входящее в список предпочтительных, называется **уровневым исключением**.

Если лекарство покрывается не так, как вам хотелось бы, вы можете попросить нас сделать **исключение**. Исключение является типом решения о покрытии.

Чтобы мы рассмотрели запрос на исключение, ваш врач или другое назначающее лицо должны объяснить медицинские причины, по которым вам необходимо, чтобы исключение было одобрено. Вот 2 примера исключений, которые вы, ваш врач или другое назначающее лицо можете попросить нас сделать.

- 1. Покрыть для вас лекарство Части D, которое не входит в наш Список лекарств.** Если мы согласимся покрыть расходы на лекарство, не входящее в список лекарств, вам потребуется уплатить сумму совместного покрытия расходов, которая применяется ко всем нашим лекарствам, как фирменным, так и дженерикам. Вы не можете просить об исключении из суммы совместного покрытия расходов, которую мы требуем от вас оплатить за лекарство.
- 2. Снятие ограничения на покрываемое лекарство.** В главе 5 описаны дополнительные правила или ограничения, которые применяются к некоторым лекарствам, включенным в наш Список лекарств.

### **Раздел 7.3 Важные сведения, которые необходимо знать о запросах на исключения**

#### **Ваш врач должен сообщить нам медицинские причины.**

Ваш врач или другое назначающее лицо должны представить нам заявление, в котором объясняются медицинские причины, по которым вы запрашиваете исключение. Чтобы решение было принято быстрее, приложите эту медицинскую информацию от вашего врача или другого назначающего лица, когда будете запрашивать исключение.

Наш Список лекарств, как правило, включает более одного лекарства для лечения определенного заболевания. Эти различные варианты называются **альтернативными лекарствами**. Если альтернативное лекарство будет таким же эффективным, как и запрашиваемое вами, и не повлечет 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 нашего плана. Разрешение 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 Как подать запрос на решение о покрытии, включая исключение

### 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 принять быстрое решение о покрытии. Чтобы получить быстрое решение о покрытии, вы должны соответствовать 2 критериям.**

- Вы должны запрашивать лекарство, которое еще не получили. (Вы не можете потребовать быстрого принятия решения о покрытии, чтобы вернуть деньги за уже купленное лекарство.)
- Использование стандартных сроков может нанести серьезный вред вашему здоровью или нанести ущерб вашей жизнедеятельности.
- Если ваш врач или другое назначающее лицо сообщит нам, что состояние вашего здоровья требует принятия быстрого решения о покрытии, мы автоматически предоставим вам быстрое решение о покрытии.
- Если вы сами, без поддержки вашего врача или другого назначающего лица попросите о принятии решения о покрытии, мы определим, требует ли состояние вашего здоровья, чтобы мы приняли быстрое решение о покрытии. Если мы не одобрим быстрое решение о покрытии, то отправим вам письмо.
  - В нем будет 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 ее получения.

## **Шаг 2. Запросите стандартное или быстрое решение о покрытии.**

Позвоните, напишите или отправьте по факсу запрос, чтобы наш план разрешил или обеспечил 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=6C3C03DA8E8B4373CBCAA2AD4934E58D>. Контактная информация приведена в главе 2. Вы, ваш назначающий врач или уполномоченный представитель можете запросить решение о покрытии по защищенной электронной почте через веб-сайт Providence Health Assurance по адресу [www.ProvidenceHealthAssurance.com](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com). Чтобы помочь нам обработать ваш запрос, укажите свое имя, контактную информацию и сведения, какие именно отклоненные требования обжалуются.

Это можете сделать вы, ваш врач (или другое назначающее лицо) или 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, представьте подтверждающее заключение**, в котором будут указаны медицинские причины для этого. Ваш врач или другое назначающее лицо может отправить нам заключение по факсу или по почте. Или же ваш врач либо другое назначающее лицо может сообщить нам об этом по телефону и при необходимости направить по факсу или по почте письменное заключение.

## **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 ответим в течение 24 часов после получения подтверждающего заключения вашего врача. Мы ответим вам раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - 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 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**, то отправим вам письменное уведомление, в котором объясним причину нашего отказа. Мы также расскажем, как вы можете подать апелляцию.

***Сроки принятия стандартного решения о страховом покрытии в отношении лекарства, которое вы еще не получили***

- Как правило, мы должны предоставить вам ответ **в течение 72 часов** после получения вашего запроса.
  - В случае исключений мы ответим в течение 72 часов после получения подтверждающего заключения вашего врача. Мы ответим вам раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - 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 согласились предоставить, **в течение 72 часов** после получения вашего запроса или заключения врача, подтверждающего ваш запрос.
- **Если мы ответим «нет» на весь запрос или его часть**, то отправим вам письменное уведомление, в котором объясним причину нашего отказа. Мы также расскажем, 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.
  - 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 также обязаны осуществить оплату в течение 14 календарных дней после получения вашего запроса.
- **Если мы ответим «нет» на весь запрос или его часть**, то отправим вам письменное уведомление, в котором объясним причину нашего отказа. Мы также расскажем, 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 Как подать апелляцию 1-го уровня**

**Юридические термины**

Апелляция на решение нашего плана о покрытии лекарств Части D называется пересмотром.

Быстрая апелляция называется **ускоренным пересмотром**.

**Шаг 1: решите что вам нужно — стандартная или быстрая апелляция.**

***Стандартная апелляция обычно подается в течение 7 календарных дней. Быстрая апелляция обычно подается в течение 72 часов. Если этого требует состояние вашего здоровья, запросите быструю апелляцию.***

- Если вы обжалуете решение, принятое нами в отношении лекарства, которое вы еще не получили, вы и ваш врач или другое назначающее лицо должны будете 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 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 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).** Контактная информация приведена в главе 2.

- **Мы должны принять любой письменный запрос, включая запрос,** поступивший посредством формы запроса на пересмотр *CMS (CMS Model Coverage Determination Request Form)*, которая есть на нашем сайте [www.ProvidenceHealthAssurance.com](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com). Чтобы помочь нам в обработке вашего запроса, укажите ваше имя, контактную информацию и сведения о вашей претензии.
- Вы, ваш лечащий врач или представитель можете запросить пересмотр (апелляцию) по защищенной 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](http://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 ее подавать. Мы можем дать вам больше времени на подачу апелляции. Примерами уважительной причины могут быть серьезная болезнь, из-за которой вы не смогли связаться с нами, либо неверная или неполная информация о крайнем сроке подачи апелляции, предоставленная нами.
- **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, то 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 назначающим лицом, 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 ответим вам раньше, если этого требует состояние вашего здоровья.
  - Если мы не ответим вам 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.

- **Если мы ответим «да» на весь запрос или его часть**, мы должны предоставить покрытие, на которое согласились, в течение 72 часов после получения вашей апелляции.
- **Если мы ответим «нет» на весь запрос или его часть**, то отправим вам письменное уведомление, в котором объясним, почему мы ответили отказом и как вы можете обжаловать наше решение.

***Сроки подачи стандартной апелляции на лекарство, которое вы еще не получили***

- Для стандартных апелляций мы должны предоставить ответ **в течение 7 календарных дней** после получения вашей апелляции. Мы сообщим вам о своем решении раньше, если вы еще 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 состояние вашего здоровья, но не позднее **7 календарных дней** после получения вашей апелляции.
- **Если мы ответим «нет» на весь запрос или его часть**, то отправим вам письменное уведомление, в котором объясним, почему мы ответили отказом 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 мы ответим «да» на весь запрос или его часть**, мы также обязаны осуществить оплату в течение 30 календарных дней после получения вашего запроса.
- **Если мы ответим «нет» на весь запрос или его часть**, то отправим вам письменное уведомление, в котором объясним причину нашего отказа. Мы также расскажем, 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.

## **Раздел 7.6 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 ее 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 независимой экспертной организацией, проводящей проверку.
- **Вы должны подать апелляцию в течение 65 календарных дней** с даты, указанной в письменном уведомлении.
- Если мы не завершили проверку в установленные сроки или приняли неблагоприятное решение в отношении определения группы **риска** в рамках нашей программы управления лекарствами, мы автоматически направим ваш запрос в службу независимой экспертизы.
- Мы отправим информацию о вашей апелляции в независимую экспертную организацию. Эта информация называется вашим **досье**. **Вы имеете право запросить у нас копию вашего досье.**
- Вы имеете право представить независимой экспертной организации дополнительную информацию в поддержку своей апелляции.

## **Шаг 2: независимая экспертная организация рассматривает вашу апелляцию.**

Специалисты независимой экспертной организации внимательно изучат всю информацию по вашей апелляции.

### ***Сроки быстрой апелляции***

- Если этого требует состояние вашего здоровья, запросите быструю апелляцию в независимой экспертной организации.
- Если независимая экспертная организация согласна на быструю апелляцию, она должна ответить на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 72 часов** после получения вашего запроса на апелляцию.

### ***Сроки стандартной апелляции***

- Для стандартных апелляций независимая экспертная организация должна ответить на вашу апелляцию 2-го уровня **в течение 7 календарных дней** после получения вашей апелляции, если она касается лекарства, которое вы еще не получили. Если вы просите нас возместить вам стоимость лекарства, которое вы уже купили, независимая экспертная организация должна ответить 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 независимой экспертной организацией, **в течение 24 часов** после получения решения от независимой 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 независимой экспертной организацией, **в течение 72 часов** после получения решения от независимой экспертной организации.
- Если независимая экспертная организация ответит «да» на весь ваш запрос о возмещении или на его часть для лекарства, которое вы уже купили, мы должны **отправить вам сумму возмещения в течение 30 календарных дней** после получения решения от независимой экспертной организации.

### **Что делать, если независимая экспертная организация отклонила вашу апелляцию?**

**Если независимая экспертная организация отказывает в удовлетворении части или всей вашей апелляции**, это означает, что она согласна с нашим решением не утверждать ваш запрос (или часть вашего запроса). (Также можно сказать, что она **оставляет решение в силе**. Это также называется **отклонением вашей апелляции**.) В этом случае независимая экспертная организация направит вам письмо.

- В нем она объяснит свое решение.
- Сообщит о вашем праве на апелляцию 3-го уровня, если долларовая стоимость запрашиваемого вами покрытия лекарства соответствует определенному минимуму. Если долларовая стоимость запрашиваемого вами покрытия лекарства окажется слишком низкой, вы не сможете подать еще одну апелляцию, и решение на 2-м уровне будет окончательным.
- Сообщит вам величину долларовой стоимости, которая должна быть предметом обжалования, чтобы продолжить апелляционный процесс.

### **Шаг 4: если ваше дело соответствует требованиям, вы решаете, хотите ли вы продолжить процесс апелляции.**

- После 2-го уровня в процессе апелляции есть еще 3 дополнительных уровня (всего 5 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 описан процесс подачи апелляций на уровнях 3, 4 и 5.

## **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 будут описаны ваши права**

В течение 2 календарных дней после поступления в больницу вы получите письменное уведомление под названием *«Важное сообщение от Medicare о ваших правах»*. 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, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) или 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048).

#### **1. Внимательно прочтите это уведомление и задавайте вопросы, если вам что-то непонятно. В нем представлены:**

- Ваше право на получение услуг, покрываемых Medicare, во время и после пребывания в больнице по предписанию вашего врача. Это касается права 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, чтобы у вас была информация о подаче апелляции (или сообщения о сомнениях по поводу качества медицинского обслуживания), если она вам понадобится.

- Если вы подписали уведомление более чем за 2 календарных дня до даты выписки, вы получите еще одну копию до планируемой даты выписки.
- Чтобы ознакомиться с копией этого уведомления заранее, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) or 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Вы также можете получить уведомление онлайн по адресу [www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

**Раздел 8.2 Как подать апелляцию 1-го уровня на изменение даты выписки из больницы**

Чтобы попросить нас покрыть услуги вашего пребывания в стационаре на более длительный срок, воспользуйтесь процедурой подачи апелляции. 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 есть вопросы или вам нужна помощь, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711). Или обратитесь в Государственную программу помощи по медицинскому страхованию (SHIP) для получения индивидуальной консультации. В штате Орегон программа SHIP носит название «Помощь в получении льгот по медицинскому страхованию для пожилых людей» (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA). Звоните в SHIBA по номеру 1-800-722-41-34 или посетите сайт [www.shiba.oregon.gov](http://www.shiba.oregon.gov)

**В процессе апелляции 1-го уровня Организация по улучшению качества рассмотрит ваш запрос.** Она проверит, 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 покрытием Medicare. Эти эксперты не являются сотрудниками 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 ждете решения Организации по улучшению качества.
  - **Если вы не уложились в этот срок, свяжитесь с нами.** Если вы решите остаться в больнице после запланированной даты выписки, вам, возможно, придется оплатить 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 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»**, обратившись в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) или 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048.) Вы также можете посмотреть образец уведомления онлайн по адресу [www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

**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 отвечать в письменном виде, но вы можете сделать это, если хотите.
- Эксперты также изучат вашу медицинскую информацию, поговорят с вашим врачом и изучат информацию, которую мы и больница им предоставили.
- 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 произойдет, если ответ будет положительным?***

- Если проверяющая организация ответит «да», **мы должны будем продолжать предоставлять вам покрываемые услуги пребывания в стационаре до тех пор, пока эти услуги будут необходимы с медицинской точки зрения.**
- Вам придется 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 произойдет, если ответ будет отрицательным?***

- Если независимая экспертная организация ответит «нет», то это означает, что ваша запланированная дата выписки соответствует медицинским показаниям. Если это произойдет, **наше покрытие ваших стационарных больничных услуг прекратится в полдень на следующий день после того, как Организация по улучшению качества предоставит ответ на вашу апелляцию.**
- Если независимая экспертная организация ответит «нет» на вашу апелляцию, но вы решите остаться в больнице, **то вам, возможно, придется оплатить полную стоимость** больничного обслуживания, которое вы получите после полудня на следующий день после того, как Организация по улучшению качества ответит 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 еще одну апелляцию, это означает, что вы переходите на **2-й уровень** апелляционного процесса.

### **Раздел 8.3 Как подать апелляцию 2-го уровня на изменение даты выписки из больницы**

В ходе апелляции 2-го уровня вы просите Организацию по улучшению качества пересмотреть свое решение по вашей первой апелляции. Если Организация по улучшению качества отклонит вашу апелляцию 2-го уровня, вам, возможно, придется 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 остаетесь 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 еще 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 независимая экспертная организация ответила «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 продолжать покрывать ваш стационарный больничный уход до тех пор, пока он необходим с медицинской точки зрения.**

- Вы должны продолжать оплачивать свою часть расходов, при этом могут действовать ограничения по покрытию.

***Если независимая экспертная организация ответила «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 пересмотра.

**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 еще 3 дополнительных уровня (всего 5 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-м, 4-м и 5-м уровнях апелляционного процесса.

**РАЗДЕЛ 9 Как попросить нас продолжить покрытие определенных медицинских услуг, если вы считаете, что ваше покрытие заканчивается слишком рано**

---

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 они необходимы для диагностики и лечения вашего заболевания или травмы.

Когда мы решим, что пора прекратить покрытие любого из этих 3 видов услуг по уходу, 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.

## **Раздел 9.1 Мы заранее сообщим вам, когда закончится страховое покрытие**

### **Юридический термин**

**Уведомление о непокрытии Medicare.** В нем говорится о том, как вы можете подать запрос на **ускоренное рассмотрение апелляции**. Запрос на ускоренное рассмотрение апелляции — это официальный, законный способ попросить об изменении 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 нем представлены:
  - Дата, когда мы прекратим покрывать услуги по уходу.
  - 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 нашего плана о прекращении услуг по уходу.

## **Раздел 9.2 Как подать апелляцию 1-го уровня, чтобы наш план покрывал услуги по уходу в течение более длительного времени**

Если вы хотите запросить, чтобы мы покрывали услуги по уходу в течение более длительного периода времени, вам придется воспользоваться процессом подачи апелляций. 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 есть вопросы или вам нужна помощь, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711). Или обратитесь в Государственную программу помощи по медицинскому страхованию (SHIP) для получения индивидуальной консультации. В штате Орегон программа SHIP носит название «Помощь в получении льгот по медицинскому страхованию для пожилых людей» (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA). Звоните в SHIBA по номеру 1-800-722-41-34 или посетите сайт [www.shiba.oregon.gov](http://www.shiba.oregon.gov)

**В процессе апелляции 1-го уровня Организация по улучшению качества рассмотрит ваш запрос.** Она решит, является ли дата окончания услуг по уходу за вами обоснованной с медицинской точки зрения. Организация **по улучшению качества** — это группа врачей и других экспертов в области здравоохранения, которым федеральное правительство платит за проверку и помощь в улучшении качества медицинского обслуживания людей с покрытием Medicare. Это касается пересмотра решений плана о том, когда пора прекратить покрытие определенных видов медицинского обслуживания. Эти эксперты не являются сотрудниками нашего плана.

**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 и хотите подать апелляцию, у вас все еще есть право на апелляцию. Обратитесь в Организацию по улучшению качества, используя контактную информацию, указанную в «*Уведомлении о непокрытии Medicare*». Название, адрес и номер телефона Организации по улучшению качества в вашем штате также можно найти в главе 2.

**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 отвечать в письменном виде, но вы можете сделать это, если хотите.

- Независимая экспертная организация также изучит вашу медицинскую информацию, поговорит с вашим врачом и проверит информацию, предоставленную нашим планом.
- 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.

**Шаг 3: В течение одного полного дня после того, как они получают всю необходимую информацию, эксперты сообщат вам о своём решении.**

***Что произойдет, 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 придется продолжать оплачивать свою часть расходов (такие, как франшиза или совместные платежи, если они применяются). Могут быть установлены ограничения на покрываемые услуги.

***Что произойдет, 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 9.3 Как подать апелляцию 2-го уровня, чтобы наш план покрывал услуги по уходу в течение более длительного времени**

В ходе апелляции 2-го уровня вы просите Организацию по улучшению качества пересмотреть свое 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, 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 еще 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 произойдет, если независимая экспертная организация ответит «да»?***

- **Мы будем должны возместить вам** нашу долю расходов на услуги по уходу, которые вы получили с даты, установленной нами как дата 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 произойдет, если независимая экспертная 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 пересмотра. В нем вы найдете подробную информацию о том, как перейти на следующий уровень апелляции, который рассматривается судьей 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 еще 3 дополнительных уровня апелляции (всего 5 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-м, 4-м и 5-м уровнях апелляционного процесса.

## **РАЗДЕЛ 10 Переход вашей апелляции на уровни 3, 4 и 5**

---

### **Раздел 10.1 Апелляции уровней 3, 4 и 5 для заявок на медицинские услуги**

Этот раздел может быть вам полезен, если вы подавали апелляцию 1-го уровня и апелляцию 2-го уровня, но обе ваши апелляции были отклонены.

Если долларовая стоимость предмета или медицинской услуги, которую вы обжаловали, соответствует определенному минимальному уровню, вы можете перейти на дополнительные уровни апелляции. Если долларовая стоимость меньше минимального уровня, вы не можете продолжить обжалование. В письменном ответе на апелляцию 2-го уровня, который вы получите, будет указано, как подать апелляцию 3-го уровня.

В большинстве ситуаций, связанных с апелляциями, последние 3 уровня апелляции работают практически так же, как и первые 2 уровня. Вот кто занимается рассмотрением вашей апелляции на каждом из этих уровней.

#### **Апелляция 3-го уровня**

Апелляцию рассматривает **судья по административным делам или адвокат-адьюдикатор**, который работает на федеральное правительство. Он рассмотрит вашу апелляцию и даст 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, то 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.
  - Если вы не согласитесь с решением, можете перейти на следующий уровень процесса пересмотра. В уведомлении, которое вы получите, будет указано, что нужно сделать 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, то 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 этим решением, отклонившим вашу апелляцию, апелляционный процесс завершится.
  - Если вы не согласитесь с решением, 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**

Судья **Федерального окружного суда** рассмотрит вашу апелляцию.

- Судья рассмотрит всю информацию и примет решение «да» или «нет» по вашему запросу. Это окончательное решение. После Федерального окружного суда больше апелляционных инстанций не предусмотрено.

## **Раздел 10.2 Апелляции уровней 3, 4 и 5 для заявок на лекарства по Части D**

Этот раздел может быть вам полезен, если вы подавали апелляцию 1-го уровня и апелляцию 2-го уровня, но обе ваши апелляции были отклонены.

Если стоимость лекарства, которую вы обжаловали, соответствует определенной сумме в долларах, вы можете перейти на дополнительные уровни апелляции. Если долларовая стоимость меньше, вы не можете продолжить обжалование. В письменном ответе на апелляцию 2-го уровня, который вы получите, будет указано, с кем связаться и что делать, чтобы подать апелляцию 3-го уровня.

В большинстве ситуаций, связанных с апелляциями, последние 3 уровня апелляции работают практически так же, как и первые 2 уровня. Вот кто занимается рассмотрением вашей апелляции на каждом из этих уровней.

### **Апелляция 3-го уровня**

**Апелляцию рассматривает судья по административным делам или адвокат-адьюдикатор**, который работает на федеральное правительство. Он рассмотрит вашу апелляцию и даст 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 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 этим решением, отклонившим вашу апелляцию, апелляционный процесс завершится.
  - Если вы не согласитесь с решением, можете перейти на следующий уровень процесса пересмотра. В уведомлении, которое вы получите, будет указано, что нужно сделать 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», или если Совет отклонит запрос на пересмотр, апелляционный процесс *может быть* или *может не быть* завершён.
  - Если вы согласитесь с этим решением, отклонившим вашу апелляцию, апелляционный процесс завершится.
  - Если вы не согласитесь с решением, 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**

Судья **Федерального окружного суда** рассмотрит вашу апелляцию.

- Судья рассмотрит всю информацию и примет решение «да» или «нет» по вашему запросу. Это окончательное решение. После Федерального окружного суда больше апелляционных инстанций не предусмотрено.

---

## **Подача жалоб**

---

### **РАЗДЕЛ 11 Как подать жалобу на качество медицинского обслуживания, время ожидания, службу поддержки клиентов или другие проблемы**

---

#### **Раздел 11.1 Какие проблемы рассматриваются в рамках процесса рассмотрения жалоб?**

Процесс рассмотрения жалоб используется *только* для определенных типов проблем. Это касается проблем, связанных с качеством медицинского обслуживания, временем ожидания и службой поддержки клиентов. Вот примеры того, какие проблемы рассматриваются в рамках процесса рассмотрения жалоб.

<b>Жалоба</b>	<b>Пример</b>
<b>Качество медицинского обслуживания</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Вы недовольны качеством полученного вами ухода (включая уход в больнице)?</li></ul>
<b>Уважение к вашей личной жизни</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Кто-то проявил неуважение к вашему праву на личную жизнь или поделился конфиденциальной информацией?</li></ul>

Жалоба	Пример
<b>Неуважение, плохое обслуживание клиентов или другое негативное поведение</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кто-либо проявил грубость или неуважение по отношению к вам?</li> <li>• Вы недовольны работой нашей службы поддержки клиентов??</li> <li>• Вы считаете, что вас подталкивают к выходу из нашего плана?</li> </ul>
<b>Время ожидания</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вам трудно записаться на прием или вы слишком долго его ждете?</li> <li>• 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"> <li>○ Например, слишком долгое ожидание по телефону, в приемной или смотровом кабинете либо при получении рецепта.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Чистота</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вы недовольны чистотой или состоянием клиники, больницы или кабинета врача?</li> </ul>
<b>Информация, которую вы получаете от нас</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мы не предоставили вам необходимое уведомление?</li> <li>• Написанную нами информацию сложно понять?</li> </ul>
<b>Своевременность</b> (Все эти виды жалоб касаются <i>своевременности</i> 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"> <li>• Вы обратились к нам за быстрым решением о страховом покрытии или быстрой апелляцией, но мы ответили отказом; вы можете подать жалобу.</li> <li>• Вы считаете, что мы не соблюдаем сроки принятия решений о страховом покрытии или подачи апелляций; вы можете подать жалобу.</li> <li>• Вы считаете, что мы не соблюдаем сроки покрытия или возмещения расходов на определённые одобренные медицинские товары, услуги или лекарства; вы можете подать жалобу.</li> <li>• Вы считаете, что мы не придерживаемся установленных сроков для передачи вашего дела в независимую экспертную организацию; вы можете подать жалобу.</li> </ul>

## 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**.

**Шаг 1: незамедлительно свяжитесь с нами – по телефону или в письменном виде.**

- **Если у вас возникли вопросы, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).** Если вам нужно сделать что-то еще, 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 ее нам.** Если вы подадите жалобу в письменном виде, мы ответим на нее 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 (телетайп: 711). Вы также можете направить свою жалобу в письменном виде в отдел апелляций и претензий по следующему адресу: Providence Health Assurance, Attn: Appeals and Grievances, 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.
- **На большинство жалоб мы отвечаем в течение 30 календарных дней.** Если нам потребуется дополнительная информация и задержка будет отвечать вашим интересам или если вы попросите больше времени, мы можем выделить еще до 14 календарных дней (всего 44 календарных дня) для ответа на вашу жалобу. Если нам потребуются дополнительные дни, мы сообщим вам об этом в письменном виде.

- **Если вы подаете жалобу, потому что мы отклонили ваш запрос на быстрое принятие решения о страховом покрытии или быстрое рассмотрение апелляции, мы автоматически предоставим вам возможность быстрого рассмотрения жалобы.** Если у вас быстрая жалоба, это значит, что мы **ответим вам в течение 24 часов.**
- **Если мы не согласны** с некоторыми или всеми положениями вашей жалобы или не берем на себя ответственность за проблему, на которую вы жалуетесь, мы укажем причины в нашем ответе.

### **Раздел 11.3 Вы также можете подать жалобу на качество медицинского 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 11.4 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 на страницу [www.Medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). 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 вашими льготами Medicaid**

---

### **РАЗДЕЛ 12 Решение проблем, связанных с вашими льготами Medicaid**

---

#### **Раздел 12.1 Как подать жалобу или претензию через Oregon Health Plan (Medicaid)**

Если вы недовольны планом Oregon Health Plan (Medicaid), своей организацией по координации медицинского обслуживания Oregon Health Plan (Medicaid), поставщиком или получаемыми услугами, вы можете пожаловаться или предъявить претензию. 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 ЗВОНОК 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 найдете 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 решении по 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](http://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 решении по апелляции». Из него вы узнаете, согласен или не согласен эксперт с решением ОНР или вашей организации по координации медицинского обслуживания Oregon Health Plan (Medicaid). Тем временем вы можете продолжать получать прекращенную услугу, если:

- Попросите свою организацию по координации медицинского обслуживания в рамках Oregon Health Plan (Medicaid) продолжить обслуживание.
- Запросите не позднее десятого дня после даты уведомления о принятии мер / отрицательном решении по льготам или уведомления о решении по апелляции.

Если вы получили письмо после даты вступления в силу, позвоните, чтобы получить инструкции. Если эксперт согласится с первоначальным решением, вам, возможно, придется оплатить услуги, полученные после даты вступления в силу уведомления о принятии мер / 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 своем 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 добиться справедливого слушания в штате**

Члены организации по координации медицинского обслуживания Oregon Health Plan (Medicaid) и лица с FFS OHP могут пройти слушание у судьи по административным делам штата Орегон. У вас будет 120 дней с даты, указанной на вашем «Уведомлении о решении по апелляции», чтобы попросить ОНР о проведении слушания.

Если вы не согласны с решением, содержащимся в письме с уведомлением о решении по апелляции, вы можете запросить проведение слушания, 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 (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](http://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 Орегон (Legal Aid Services of Oregon) и Юридический центр штата Орегон (Oregon Law Center)) по телефону 1-800-520-5292 (ТТУ ЗВОНОК 711), чтобы получить консультацию и возможное представительство. Информацию о бесплатной юридической помощи также можно найти на сайте [www.oregonlawhelp.org](http://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 номеру 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 ЗВОНОК 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 нашем плане

### РАЗДЕЛ 1 Прекращение 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.
- Существуют также ограниченные ситуации, когда мы должны прекратить ваше участие в плане. В разделе 5 рассказано о ситуациях, когда мы вынуждены прекратить ваше участие.

Если вы покидаете наш план, мы должны продолжать предоставлять вам медицинское обслуживание и рецептурные лекарства, а вы должны продолжать оплачивать свою долю расходов до окончания вашего участия в плане.

### РАЗДЕЛ 2 Когда вы можете прекратить участие в нашем плане?

---

#### Раздел 2.1 Вы можете прекратить свое участие, поскольку у вас есть программа Medicare и Medicaid

Большинство людей с Medicare могут прекратить участие только в определенное время года. Поскольку у вас есть Medicaid, вы можете в течение всего года прекратить участие в нашем плане, выбрав один из предложенных ниже вариантов Medicare.

- Original Medicare с отдельным планом обеспечения рецептурных лекарств Medicare,
- Original Medicare без отдельного плана обеспечения рецептурных лекарств Medicare (если вы выберете этот вариант и получите «Дополнительную помощь», Medicare может зачислить вас в план лекарственного обеспечения, если вы не отказались от автоматического зачисления)
- Если вы соответствуете требованиям, интегрированный план D-SNP предоставит вам льготы и услуги Medicare и большую часть или все льготы и услуги Medicaid в одном плане.

**Глава 10 Прекращение вашего участия в плане**

---

**Примечание.** Если вы выйдете из программы покрытия лекарств Medicare, больше не будете получать «Дополнительную помощь» и не будете иметь кредитоспособного покрытия лекарств в течение 63 дней или более, вам, возможно, придется заплатить штраф за позднее вступление в Часть D, если вы присоединитесь к плану лекарственного обеспечения Medicare позже.

- Позвоните в офис Medicaid вашего штата по номеру 1-800-273-0557, чтобы узнать о возможностях вашего плана Medicaid.
- Другие варианты медицинских планов Medicare доступны в течение **Ежегодного периода регистрации**. О периоде открытой регистрации рассказано в разделе 2.2.
- **Обычно ваше участие заканчивается в первый день следующего месяца после того, как мы получим ваш запрос на изменение плана.** В этот день начнется ваше участие в новом плане.

**Раздел 2.2 Вы можете прекратить свое участие в плане в течение периода открытой регистрации**

Вы можете прекратить свое участие в плане в течение **периода открытой регистрации** каждый год. В этот период пересмотрите свое медицинское и лекарственное покрытие и примите решение о выборе страхового покрытия на следующий год.

- **Период открытой 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 указанных ниже типов планов.
  - Другой медицинский план Medicare, с покрытием или без покрытия лекарств.
  - Original Medicare с отдельным планом обеспечения рецептурных лекарств Medicare
  - Original Medicare без отдельного плана обеспечения рецептурных лекарств Medicare.
  - Если вы соответствуете требованиям, интегрированный план D-SNP предоставит вам льготы и услуги Medicare и большую часть или все льготы и услуги Medicaid в одном плане.

**Вы получите «Дополнительную помощь» от Medicare для оплаты 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.

**Примечание.** Если вы выйдете из программы покрытия лекарств Medicare, больше не будете получать «Дополнительную помощь» и не будете иметь кредитоспособного покрытия лекарств в течение 63 дней подряд или более, вам, возможно, придется заплатить штраф за позднее вступление в Часть D, если вы присоединитесь к плану лекарственного обеспечения Medicare позже.

- **Ваше участие в нашем плане закончится**, когда 1 января вступит в силу страховое покрытие вашего нового плана.

### **Раздел 2.3 Вы можете прекратить свое участие в плане Medicare Advantage в период открытой регистрации**

Вы можете внести *одно* изменение в свое медицинское страхование в течение периода **открытой регистрации в Medicare Advantage** каждый год.

- **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 перейдете на Original Medicare в этот период, вы также сможете одновременно присоединиться к отдельному плану обеспечения лекарств Medicare.
- **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 лекарств Medicare, ваше участие в плане начнется в первый день месяца после того, как план лекарственного обеспечения получит ваш запрос на вступление.

### **Раздел 2.4 В определенных ситуациях вы можете прекратить свое участие в плане в течение специального периода регистрации**

В определенных 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 нашим планом, позвонив в Medicare или посетив сайт [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

**Глава 10 Прекращение вашего участия в плане**

---

- Обычно, когда вы переезжаете.
- Если у вас есть Oregon Health Plan (Medicaid).
- Если вы имеете право на «Дополнительную помощь» при оплате покрываемых лекарств по Medicare.
- 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 лекарствами, вы можете иметь право только на определенные специальные периоды регистрации. В разделе 10 главы 5 подробно рассказано о программах управления лекарствами.
- **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 Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям телетайпа 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 лекарств. Вы можете выбрать:

- Другой медицинский план Medicare, с покрытием или без покрытия лекарств.
- Original Medicare с отдельным планом обеспечения рецептурных лекарств Medicare.
- Original Medicare без отдельного плана обеспечения рецептурных лекарств Medicare.
- Если вы соответствуете требованиям, интегрированный план D-SNP предоставит вам льготы и услуги Medicare и большую часть или все льготы и услуги Medicaid в одном плане.

**Примечание:** Если вы выйдете из программы покрытия лекарств Medicare, больше не будете получать «Дополнительную помощь» и не будете иметь кредитоспособного покрытия лекарств в течение 63 дней подряд или более, вам, возможно, придется 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 покрываемых лекарств. Если вы перейдете на Original Medicare и не подпишетесь на отдельный план обеспечения лекарств Medicare, то Medicare может включить вас в план лекарственного обеспечения, если вы не отказались от автоматического включения в план.

Обычно ваше участие заканчивается в первый день месяца после вашего запроса на изменение нашего 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 Получите дополнительную информацию о том, когда вы можете прекратить свое участие

Если у вас возникнут вопросы по поводу прекращения членства, вы можете:

- Обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).
- Найти информацию в справочнике *Medicare и вы 2026*.
- Обратитесь в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048)

## РАЗДЕЛ 3 Как прекратить участие в нашем плане

В приведенной ниже таблице объясняется, как вы можете прекратить участие в нашем плане.

Чтобы перейти с нашего плана на:	Вот что нужно сделать:
Другой медицинский план Medicare	<ul style="list-style-type: none"><li>• Вступить в новый медицинский план Medicare.</li><li>• Вы будете автоматически исключены из плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), когда начнется покрытие вашего нового плана.</li></ul>
Original Medicare с отдельным планом обеспечения рецептурных лекарств Medicare	<ul style="list-style-type: none"><li>• Вступить в новый план обеспечения лекарств Medicare.</li><li>• Вы будете автоматически исключены из плана Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), когда начнется покрытие вашего нового плана обеспечения лекарств.</li></ul>

Чтобы перейти с нашего плана на:	Вот что нужно сделать:
<b>Original Medicare без отдельного плана обеспечения рецептурных лекарств Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Отправьте нам письменный запрос на выход из плана.</b> Обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить 711), если вам нужна дополнительная информация о том, как это сделать.</li><li>• Вы также можете позвонить в <b>Medicare</b> по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) и попросить об исключении из плана. Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048.</li><li>• Вы будете исключены из Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), когда начнётся ваше покрытие по Original Medicare.</li></ul>

**Примечание:** Если вы выйдете из программы покрытия лекарств Medicare, больше не будете получать «Дополнительную помощь» и не будете иметь кредитоспособного покрытия лекарств в течение 63 дней подряд или более, вам, возможно, придется заплатить штраф за позднее вступление в Часть D, если вы присоединитесь к плану лекарственного обеспечения Medicare позже.

По вопросам, касающимся льгот, предоставляемых планом Oregon Health Plan (Medicaid), звоните в Oregon Health Plan (Medicaid) по бесплатному номеру: 1-800-273-0557, телетайп: 711, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 17:00. Узнайте, как присоединение к другому плану или возвращение в Original Medicare влияет на получение вами покрытия по плану Oregon Health Plan (Medicaid).

## **РАЗДЕЛ 4 Пока ваше участие не закончится, вы должны продолжать получать медицинские товары, услуги и лекарства по нашему плану**

Пока ваше участие не закончится 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 нашем плане в определенных ситуациях**

---

**Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) должен прекратить ваше участие в нашем плане, если произойдет одно из указанных ниже событий.**

- Если у вас больше нет Части А и Части В Medicare.
- Если вы больше не имеете права на Medicaid. Как указано в разделе 2.1 главы 1, наш план предназначен для людей, имеющих право как на Medicare, так и на Medicaid. Как только план получит информацию о том, что вы больше не соответствуете этим специальным требованиям, у вас будет 1 месяц, чтобы выполнить специальные требования плана. Если по истечении этого месячного периода вы все еще 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. В течение этого месячного периода мы будем продолжать предоставлять все льготы Medicare, покрываемые планом Medicare Advantage. Однако Oregon Health Plan (Medicaid) может не продолжать покрывать льготы Medicaid, включенные в государственный план Oregon Health Plan (Medicaid), и не оплачивать страховые взносы Medicare или распределение расходов, которые Oregon Health Plan (Medicaid) мог бы покрывать в противном случае.
- Если вы переедете за пределы нашей зоны обслуживания.
- Если вы уезжаете из нашей зоны обслуживания более чем на 6 месяцев.
  - Если вы переезжаете или отправляетесь в длительное путешествие, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711) и узнайте, входит ли место вашего переезда или путешествия в зону обслуживания нашего плана.
- Если вы лишитесь свободы (попадете в тюрьму).
- Если вы больше не являетесь гражданином США или не находитесь в Соединенных Штатах на законных основаниях.

**Глава 10 Прекращение вашего участия в плане**

---

- Если вы солгали или утаили информацию о наличии у вас другого страхования, обеспечивающего покрытие лекарств.
- Если вы намеренно предоставили нам неверную информацию при регистрации в нашем плане 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 ведете 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 у вас есть вопросы или вы хотите получить дополнительную информацию о том, когда мы можем прекратить ваше участие в плане, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

**Раздел 5.1 Мы не можем просить вас выйти из нашего плана по какой-либо причине, связанной с вашим 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). Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

**Раздел 5.2 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 предъявить 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 живете. Это может повлиять на ваши права и обязанности, даже если эти законы не включены или не разъяснены в данном документе.

### **РАЗДЕЛ 2    Уведомление о недопущении дискриминации**

---

**В зоне обслуживания мы не допускаем дискриминации** по признаку расы, этнической принадлежности, национального происхождения, цвета кожи, религии, пола, возраста, умственной или физической неполноценности, состояния здоровья, практики выплаты страховых возмещений, 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 [www.HHS.gov/ocr/index.html](http://www.HHS.gov/ocr/index.html).

Если у вас есть инвалидность и вам нужна помощь с доступом к медицинскому обслуживанию, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711). Если у вас есть жалоба, например, на проблему с доступом для инвалидной коляски, служба поддержки клиентов 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 Medicare Advantage, будет пользоваться теми же правами на взыскание, 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, утрата трудоспособности 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 обозначает 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, разрешенной Medicare, компания Providence имеет право на возмещение любых средств, взысканных с третьей стороны, независимо от того, описано ли взыскание или 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.
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, понесенных 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 вернет Providence деньги, то вернуть их Providence должны вы. Providence может запросить возмещение у ваших поставщиков медицинских услуг, которые затем выставят вам счет.
8. Вы должны сотрудничать с компанией Providence в получении возмещения от третьих сторон в связи с услугами, которые были покрыты/оплачены компанией Providence. Если вы нанимаете адвоката, то должны потребовать от него, чтобы он способствовал возмещению компании



Providence в максимально допустимой законом степени любых взысканий с третьих сторон.

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 начнет выплаты. Затем компания Providence оплатит сумму стоимости услуг, которая превышает чистую сумму возмещения.
11. Если вы не погасите задолженность перед Providence, Providence может взыскать ее из будущих льгот по данному плану или передать ваш счет 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, разрешенной 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

**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 не согласны с нашим решением о прекращении предоставляемых вам услуг.

**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.

**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**»).

**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**»).

**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.

**Стадия катастрофического покрытия** – стадия льготного покрытия лекарств Части D, которая начинается, когда вы (или другие квалифицированные лица от вашего имени) потратили \$2 100 на лекарства, покрываемые Частью D, в течение покрываемого года. На этом уровне оплаты вы ничего не платите за покрываемые лекарства Части D.

**Центры по обслуживанию Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)** – федеральное агентство, управляющее программой Medicare.

**Chronic-Care Special Needs Plan (C-SNP)** – это SNP, в которых участвуют только лица, имеющие право на участие в планах MA и страдающие определенными тяжелыми и хроническими заболеваниями.

**Сострахование** – сумма, которую вы должны заплатить, выраженная в процентах (например, 20%), как свою долю стоимости услуг или рецептурных лекарств после уплаты любых франшиз.

**Жалоба** — официальное название **предъявления претензии**. Процесс рассмотрения жалоб используется *только* для решения определенных типов проблем. Это касается проблем с качеством медицинского обслуживания, временем ожидания и обслуживанием клиентов. Также это касается жалоб, связанных с несоблюдением нашим планом сроков апелляционного процесса.

**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.

**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.

**Распределение расходов** – суммы, которые участник должен заплатить при получении услуг или лекарств. Распределение расходов включает в себя любую комбинацию следующих 3 видов платежей: (1) любая сумма франшизы, которую план может установить до покрытия услуги 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.

**Глава 12 Определения важных слов**

---

**Определение покрытия** – решение о том, покрывается ли выписанное вам лекарство нашим планом и какую сумму, если таковая имеется, вы должны заплатить за рецепт. В общем, если вы принесли свой рецепт в аптеку, а в аптеке вам сказали, что рецепт не покрывается нашим планом, это не является определением покрытия. Вам необходимо позвонить или написать нам, чтобы запросить официальное решение о страховом покрытии. В данном документе **установление покрытия называется решением о покрытии**.

**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.

**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.

**Повседневный уход** — это персональный уход 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, касается помощи в повседневной жизни: купание, одевание, прием 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.

**Служба поддержки клиентов** – отдел нашего плана, отвечающий на ваши вопросы о членстве, льготах, жалобах и апелляциях.

**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 платеж, разделенный на количество дней в месячном запасе. Например: если ваша сумма совместного платежа за месячный запас лекарства составляет 30 долл., а месячный запас в нашем плане составляет 30 дней, то ваш ежедневный коэффициент распределения расходов составляет 1 долл. в день.

**Франшиза** – сумма, которую вы должны заплатить за медицинское обслуживание или рецептурные препараты, прежде чем наш план произведет оплату.

**Исключить из плана или исключение из плана** – процесс прекращения вашего участия в нашем плане.

**Плата за отпуск лекарства** – плата, взимаемая каждый раз при отпуске покрываемого лекарства для оплаты стоимости выполнения рецепта, например времени фармацевта на подготовку и упаковку лекарства.

**Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP)** – в D-SNP зачисляются люди, 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.

**Лицо с двойным правом** – лицо, имеющее право на страховое покрытие по Medicare и Oregon Health Plan (Medicaid).

**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.

**Экстренная медицинская ситуация** – это ситуация, 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.

**Экстренная медицинская помощь** – покрывает услуги, которые:

1) предоставляются поставщиком, имеющим квалификацию для оказания неотложной помощи, и 2) необходимы для лечения, оценки или стабилизации неотложного медицинского состояния.

**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.

**Глава 12 Определения важных слов**

---

**Исключение** – тип решения о покрытии, которое, если оно одобрено, позволяет вам получить лекарство, не входящее в наш формулярный список (формулярное 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).

**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.

**Дженерик** – рецептурное лекарство, одобренное FDA как имеющее те же активные ингредиенты, что и фирменное лекарство. Как правило, дженерик работает так же, как и фирменное лекарство, и обычно стоит дешевле.

**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.

**Сотрудник по оказанию медико-социальной помощи на дому** – человек, предоставляющий услуги, не требующие квалификации лицензированной медсестры или терапевта, например помощь в уходе за собой (принятие ванны, пользование туалетом, одевание или выполнение предписанных упражнений).

**Хоспис** – льгота, предоставляющая специальное лечение участнику программы, который по медицинским показаниям считается неизлечимо больным, то есть ожидаемая продолжительность жизни составляет 6 месяцев или менее. Наш план должен 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.

**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 все равно можете считаться амбулаторным пациентом.

**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.

**Этап первоначального покрытия** – это этап, на котором ваши расходы за год не достигают порога расходов из собственных средств.

**Период первоначальной регистрации** – когда вы впервые получаете право на участие в Medicare, тот период времени, когда вы можете зарегистрироваться на Часть А и Часть В Medicare. Если вы получите право на участие в Medicare, когда вам исполнится 65 лет, ваш период первоначальной регистрации — 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.

**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 люди также известны как люди с двойным правом на получение полного пособия.

**Institutional Special Needs Plan (I-SNP)** – планы I-SNP ограничивают регистрацию лицами, имеющими право на участие в МА, которые проживают в сообществе, но нуждаются в уровне ухода, предлагаемом учреждением, или которые проживают (или должны прожить) не менее 90 дней подряд в определенных учреждениях длительного пребывания. I-SNP включают следующие типы планов: Institutional-equivalent SNP (IE-SNP), Hybrid Institutional SNP (HI-SNP) и Facility-based Institutional SNP (FI-SNP).

**Institutional-Equivalent Special Needs Plan (IE-SNP)** – план IE-SNP ограничивает регистрацию лицами, имеющими право на участие в МА, которые проживают в сообществе, но нуждаются в уровне ухода, предлагаемом учреждением.

**Взаимозаменяемый биоаналог** – биоаналог, который может быть использован в качестве замены оригинального биоаналога в аптеке без необходимости нового рецепта, поскольку он отвечает дополнительным требованиям относительно возможности автоматической замены. Автоматическая замена в аптеке регулируется законодательством штата.

**Список покрываемых лекарств (Формулярный список или Список лекарств)** – список рецептурных лекарств, покрываемых планом.



**Субсидия для малоимущих (Low Income Subsidy, LIS)** – см. «Дополнительная помощь».

**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.

**Максимальная справедливая цена** – цена, согласованная Medicare для выбранного лекарства.

**Максимальная сумма расходов из собственных средств** – наибольшая сумма, которую вы платите из собственных средств в течение календарного года за покрываемые услуги по Части А и Части В. Суммы, которые вы платите за страховые взносы по Части А и Части В Medicare, а 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.)

**Medicaid (или Medical Assistance)** – это совместная программа федерального правительства и правительства штата, которая помогает покрывать расходы на медицинское обслуживание 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 удовлетворяете требованиям и Medicare, и Medicaid.

**Медицинское показание** – применение лекарства, одобренное FDA или подтвержденное определенными рекомендациями, такими как информация о лекарствах Американской службы больничных фармацевтов и информационная система Micromedex DRUGDEX.

**Медицинская необходимость** – услуги, принадлежности или лекарства необходимые для профилактики, диагностики или лечения вашего состояния здоровья и соответствующие общепринятым стандартам медицинской практики.

**Medicare** – это федеральная программа медицинского страхования для людей в возрасте 65 лет и старше, некоторых людей в возрасте до 65 лет с определенными формами инвалидности, а также людей с болезнями почек последней стадии (с постоянной почечной недостаточностью, требующей диализа или пересадки почки).

**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.

**План Medicare Advantage (МА)** – иногда называется Частью С Medicare. План, предлагаемый частной компанией, которая заключила контракт с Medicare на предоставление вам всех льгот по частям А и В Medicare. План Medicare Advantage может быть i) планом HMO, ii) планом PPO, iii) планом Private Fee-for-Service (PFFS) или iv) планом Medicare Medical Savings Account (MSA). Помимо выбора из этих типов планов, план Medicare Advantage HMO или PPO также может быть планом Special Needs Plan (SNP). В большинстве случаев планы Medicare Advantage 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)**.

**Услуги, покрываемые Medicare** – услуги, покрываемые Частью А и Частью В Medicare. Все планы медицинского страхования Medicare должны покрывать все услуги, которые покрываются Частью А и Частью В Medicare. Термин «услуги, покрываемые Medicare» не относится к дополнительным льготам, касающимся зрения, стоматологии или слуха, которые может предложить план Medicare Advantage.

**План медицинского страхования Medicare** – план медицинского страхования Medicare, предлагаемый частной компанией, которая заключила контракт с Medicare на предоставление льгот по Части А и Части В людям с Medicare, зарегистрировавшимся в нашем плане. Этот термин касается всех планов Medicare Advantage Plan, планов Medicare Cost Plan, планов для особых нужд, демонстрационных/пилотных программ и программ комплексного ухода за пожилыми людьми (PACE).

**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.

**Программа управления лекарственной терапией (Medication Therapy Management, MTM)** – программа Части D Medicare, предназначенная для решения сложных медицинских проблем и предоставляемая людям, которые соответствуют определенным требованиям или участвуют в программе управления лекарственными средствами. Услуги MTM обычно включают консультацию с фармацевтом или медицинским работником для оценки лекарств.

**Полис Medigap (Medicare Supplement Insurance)** – дополнительное страхование Medicare, продаваемое частными страховыми компаниями для заполнения пробелов в Original Medicare. Полисы Medigap работают только с программой Original Medicare. (План Medicare Advantage не является полисом Medigap.)

**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).

**Сетевая аптека** – аптека, заключившая договор с нашим планом, в которой участники нашего плана могут получать льготные рецептурные лекарства. В большинстве случаев ваши рецептурные препараты покрываются только при условии их получения 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**».

**Период открытой регистрации** – период времени с 15 октября по 7 декабря каждого года, когда участники могут сменить свои планы медицинского страхования или обеспечения лекарств или перейти на Original Medicare.

**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) различаются в зависимости от штата, но большинство расходов на медицинское обслуживание покрывается, если вы удовлетворяете требованиям и Medicare, и Oregon Health Plan (Medicaid).

**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 установление покрытия называется решением о покрытии.

**Оригинальный биологический продукт** – это биологический продукт, одобренный FDA и служащий образцом для производителей, создающих версию биоаналога. Его также называют эталонным продуктом.

**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 путем 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 утвержденной Medicare суммы, а вы оплачиваете свою часть. План Original Medicare состоит из 2 частей: Часть А (больничное страхование) и Часть В (медицинское страхование) — и доступен повсеместно в Соединенных Штатах.

**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 определенных условий.

**Несетевой поставщик или несетевое учреждение** – поставщик или учреждение, не имеющие 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.

**Расходы из собственных средств** – см. определение распределения расходов выше. Требование к участнику о распределении расходов на часть полученных услуг или лекарств также называется требованием к участнику о покрытии расходов из собственных средств.

**Порог расходов из собственных средств** – максимальная сумма, которую вы платите из собственных средств за лекарства по Части D.

**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 наш план льготы Medicare и Medicaid.

**Часть С** – см. план Medicare Advantage (MA) Plan.

**Часть D** – добровольная программа льгот Medicare на рецептурные лекарства.

**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 из Части D Конгрессом. Определенные категории лекарств Части D должны покрываться каждым планом.

**Штраф за позднее вступление в Часть D** – сумма, добавляемая к вашему ежемесячному страховому взносу по плану за лекарственное покрытие Medicare, если вы остаетесь без кредитоспособного покрытия (покрытия, которое, как ожидается, будет оплачивать в среднем не меньше, чем стандартное покрытие 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 лекарств 63 или более дней подряд.

**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.

**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.

**Страховой взнос** – периодический платеж в пользу Medicare, страховой компании или плана медицинского обслуживания за медицинское обслуживание или покрытие рецептурных лекарств.

**Профилактические услуги** – медицинские услуги, направленные на предотвращение заболевания или выявление болезни на ранней стадии, когда лечение, скорее всего, будет наиболее эффективным (например, к профилактическим услугам относятся ПАП-тесты, прививки от гриппа и скрининговые маммограммы).

**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**

---

**Предварительное разрешение** – предварительное одобрение на получение услуг или определенных лекарств на основании определенных критериев. 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.

**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.

**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.

**Ограничения количества** – инструмент управления, предназначенный для ограничения использования лекарства по причинам качества, безопасности или целесообразности. Ограничения могут касаться количества лекарства, которое мы покрываем по одному рецепту или в течение определенного периода времени.

**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. Она включает 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 количества), которые применяются к альтернативным лекарствам.

**Реабилитационные услуги** – эти услуги включают стационарную реабилитационную помощь, физиотерапию (амбулаторно), логопедическую и языковую терапию, а также трудотерапию.

**Выбранное лекарство** – лекарство, покрываемое Частью D, для которого Medicare согласовала максимальную справедливую цену.

**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 нашего плана.

**Уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода (SNF)** – 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.

**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.

**Ступенчатая терапия** – инструмент управления, который требует от вас сначала попробовать другое лекарство для лечения вашего заболевания, прежде чем мы покроем стоимость лекарства, которое ваш врач мог назначить изначально.

**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.

**Неотложные услуги** – покрываемая планом услуга, подразумевающая немедленное медицинское вмешательство и не являющаяся экстренной, является неотложной услугой, если вы временно находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или получение этой услуги у сетевых поставщиков нецелесообразно, учитывая ваше время, место и обстоятельства. Примерами неотложных услуг являются непредвиденные медицинские заболевания и травмы или неожиданные обострения существующих заболеваний. Необходимые с медицинской точки зрения плановые посещения врача (например, ежегодные осмотры) не считаются неотложными, даже если вы находитесь за пределами зоны обслуживания нашего плана или если сеть нашего плана временно недоступна.

## Служба поддержки клиентов Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Метод	Контактная информация службы поддержки клиентов
<b>ЗВОНОК</b>	503-574-8000 или 1-800-603-2340 Звонки на этот номер бесплатные. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). В службе поддержки клиентов также имеются бесплатные услуги переводчика для лиц, не владеющих английским языком.
<b>ТЕЛЕТАЙП</b>	711 Звонки на этот номер бесплатные. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время).
<b>ФАКС</b>	503-574-8608
<b>ПИСЬМО</b>	Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com">www.ProvidenceHealthAssurance.com</a>

## Помощь в получении льгот по медицинскому страхованию для пожилых людей (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 покрытием Medicare.

Метод	Контактная информация
<b>ЗВОНОК</b>	1-800-722-4134
<b>ТЕЛЕТАЙП</b>	711
<b>ПИСЬМО</b>	SHIBA 500 Summer St. NE, E-12 Salem, OR 97301  Эл. почта: <a href="mailto:shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov">shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov</a>
<b>ВЕБ-САЙТ</b>	<a href="http://www.shiba.oregon.gov">www.shiba.oregon.gov</a>



**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 этой формы, пишите по адресу CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**Многоязычный вкладыш**

**Услуги многоязычного переводчика**

**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 panggamot. 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 답해 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。